

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DÉVELOPPEMENT ET ÉVALUATION D'UN TRAITEMENT DU
PERFECTIONNISME MALSAIN PAR MODIFICATION DES
MOTIVATIONS SOUS-JACENTES

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
INDIA PLANA

JUIN 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Frédéric Langlois

directeur de recherche

Jury d'évaluation :

Frédéric Langlois

directeur de recherche

Paule Miquelon

évaluateur interne

France Landry

évaluateur externe

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le (les) article(s) a (ont) été rédigé(s) selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Le perfectionnisme est une caractéristique multidimensionnelle qui, bien souvent, est la cause de difficultés fonctionnelles et de souffrance psychologique (Gaudreau & Thompson, 2010; Hamachek, 1978; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Certains auteurs suggèrent que le type de motivation à la base des comportements perfectionnistes serait un médiateur des conséquences positives ou négatives vécues par la personne (Appleton & Hill, 2012; Chang, Lee, Byeon, Seong, & Lee, 2016; Gaudreau, Franche, & Gareau, 2016; Longbottom, Grove, & Dimmock, 2012; Miquelon, Vallerand, Grouzet, & Cardinal, 2005; Stoeber, Davis, & Townley, 2013). Des psychothérapies cognitives-comportementales ont été développées afin d'aider les personnes aux prises avec un perfectionnisme pathologique. Bien que prometteuses, ces psychothérapies se heurtent à certaines limites quant à leur efficacité clinique (Lloyd, Schmidt, Khondoker, & Tchanturia, 2015). La motivation pourrait constituer une cible d'intervention novatrice et prometteuse dans le traitement du perfectionnisme malsain. L'objectif de cet essai est d'évaluer l'efficacité d'un nouveau protocole de traitement de type cognitif-comportemental visant la modification des motivations sous-jacentes au perfectionnisme. Nous croyons que la transformation des motivations moins autodéterminées vers des motivations plus autodéterminées contribuera à diminuer les conséquences négatives associées au perfectionnisme chez les participants. Nous pensons également qu'une diminution clinique de la symptomatologie anxiodépressive et une augmentation des indicateurs de qualité de vie seront observées suite à l'adoption de motivations plus autodéterminées au perfectionnisme. La présente étude utilise un protocole à cas unique incluant deux participants présentant un niveau élevé de

perfectionnisme et de conséquences négatives reliées à celui-ci. Un protocole de traitement de type cognitif-comportemental axé sur les motivations leur a été administré. Dans le but d'en évaluer l'efficacité, les participants devaient remplir le Questionnaire du perfectionnisme révisé (QP-R), le Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (MSP), l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II), L'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA-Y) et le *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL-bref) au début et à la fin du protocole de traitement. Les participants devaient également remplir quotidiennement un journal d'auto-enregistrements afin de monitorer leurs motivations au perfectionnisme. Malheureusement, une seule participante a complété le protocole de traitement en entier. Les résultats obtenus pour cette participante montrent une augmentation des motivations plus autodéterminées et de la motivation externe matérielle d'approche. On observe également une diminution des conséquences négatives associées au perfectionnisme, une diminution de plus de 50 % du temps investi dans des comportements perfectionnistes, une amélioration statistique et clinique des symptômes anxiodépressifs telles que mesurées par le BDI-II et l'IASTA-Y ainsi qu'une amélioration de la santé psychologique et des relations sociales telle que mesurée par le WHOQOL-Bref. Les résultats obtenus montrent qu'il est possible d'avoir un impact sur le type de motivation qui sous-tend les comportements perfectionnistes. Chez le cas analysé, l'augmentation de l'autodétermination, même en l'absence de diminution des motivations moins autodéterminées, semble permettre de diminuer les conséquences négatives vécues par la personne et de favoriser sa qualité de vie.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements	xi
Introduction générale	1
Perfectionnisme.....	3
Modèles multidimensionnels	4
Perfectionnisme et psychopathologie	7
Troubles anxieux.....	7
Trouble obsessionnel-compulsif.....	9
Troubles des conduites alimentaires	10
Dépression	10
Traitements psychologiques ciblant le perfectionnisme	11
Motivation.....	16
Régulation externe	17
Régulation introjectée	17
Régulation identifiée	18
Régulation intégrée	18
Application de la théorie de l'autodétermination au perfectionnisme	19
Chapitre 1. Article scientifique : Développement d'un traitement du perfectionnisme par le biais de la motivation : un protocole à cas unique	22
Résumé.....	24

Introduction	26
Perfectionnisme.....	27
Perfectionnisme et motivation	28
Présente étude	32
Méthode	32
Participants.....	33
Participant 1	34
Participante 2	35
Instruments de mesure	36
Auto-enregistrements quotidiens	36
Questionnaire de perfectionnisme révisé (QP-R)	37
Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (MSP).....	38
Inventaire de dépression de Beck (BDI-II).....	39
World Health Organization Quality of Life Questionnaire - version brève (WHOQOL-bref)	39
Inventaire d'anxiété situationnelle et de traits d'anxiété- Forme Y (IASTA-Y).....	40
Procédure	40
Traitement	41
Résultats	44
Questionnaires auto-administrés	45
Auto-enregistrements quotidiens	47
Indice de fonctionnement supérieur.....	50

Discussion	50
Références	58
Conclusion générale	63
Références générales	70

Liste des tableaux

Tableau

1	Descriptions du protocole de traitement.....	43
2	Résultats de la participante 2 aux différents questionnaires	46

Liste des figures

Figure

1	Profils de perfectionnistes selon le modèle 2x2.	6
2	Continuum d'autodétermination basé sur le modèle de Ryan et Deci, 2000 [traduction libre].....	29
3	Auto-enregistrements quotidiens du participant 1.....	48
4	Auto-enregistrements quotidiens de la participante 2.	49

Remerciements

Mon parcours doctoral aura été aussi éprouvant qu'épanouissant. Je n'aurais pu mener à terme ce projet sans l'appui, les conseils et la patience de mon entourage. Plusieurs personnes ont contribué, de près ou de loin, à l'aboutissement de ce travail de recherche pour me permettre, enfin, d'aborder un nouveau pan de ma vie professionnelle. Je tiens à les remercier.

D'abord, un merci tout spécial à mon directeur de recherche, monsieur Frédéric Langlois, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'UQTR. Je tiens à te souligner ma gratitude pour la confiance que tu m'as accordée en me donnant les rênes de ce projet qui, je le sais, te tient à cœur. Merci également pour ta patience et ton accompagnement clinique et scientifique tout au long de mon cheminement, qui aura duré un peu plus longtemps que prévu. Ton soutien m'a été précieux.

Je tiens également à remercier mon entourage personnel pour leur soutien et leurs encouragements. Un merci particulier à mon conjoint, Samuel, pour m'avoir épaulée tout au long de ces années. Tu n'as jamais cessé de croire en moi. Merci également à Nolan et Anaïs, mes cocos, pour votre sourire et votre amour qui me permettent de passer à travers toutes les tempêtes!

Introduction générale

Le but général de ce travail de recherche est d'évaluer les impacts cliniques d'un nouveau protocole de traitement de type cognitif-comportemental ciblant les motivations qui sous-tendent les comportements perfectionnistes auprès d'une personne présentant un perfectionnisme malsain. Pour ce faire, cet essai est constitué de trois sections : une introduction générale, un article scientifique ainsi qu'une conclusion générale.

L'introduction vise à présenter le contexte théorique à la base du présent projet de recherche en détaillant les principaux concepts, tels l'évolution de la définition du perfectionnisme, son association avec différentes psychopathologies, les différents types de motivations et leurs liens avec le perfectionnisme. Les connaissances actuelles quant à l'efficacité des traitements psychologiques pour le perfectionnisme seront également détaillées. L'article scientifique présente, par la suite, deux protocoles à cas unique et les principaux résultats obtenus sur les différentes variables à l'étude, soit la motivation, le perfectionnisme, les symptômes anxiodépressifs et la qualité de vie. Finalement, les implications des résultats obtenus lors du présent projet de recherche seront abordées dans la conclusion générale sous une perspective clinique et théorique. Les orientations futures seront aussi discutées.

Perfectionnisme

Les premiers écrits abordant la notion de perfectionnisme remontent au balbutiement de la psychanalyse (Freud, 1920). Ce n'est toutefois qu'au début des années 1970, que des chercheurs se penchent de manière approfondie et plus empirique sur ce concept. À l'époque, le perfectionnisme était décrit comme un trait de personnalité dont les manifestations étaient principalement négatives pour la personne. La personne perfectionniste était décrite comme s'imposant des exigences de performance plus élevées que la situation ne l'exige et n'étant jamais réellement satisfaite des résultats obtenus (Hollender, 1978).

Hamachek (1978) propose cependant qu'il existerait, en plus du perfectionnisme névrotique ou pathologique, un perfectionnisme « normal » caractérisé par des manifestations plus positives. Selon lui, l'imposition de hauts standards est une caractéristique centrale des deux types de perfectionnisme. Toutefois, alors que le perfectionnisme normal est guidé par un désir de réussite et montre une certaine flexibilité dans l'atteinte des buts fixés, le perfectionnisme névrotique est guidé par une peur de l'échec et laisse peu de place à l'erreur. Il en résulterait un sentiment d'incompétence et une grande difficulté à être satisfait par l'atteinte des standards fixés. Les travaux de Hamachek (1978) mettent la table pour une définition multidimensionnelle du perfectionnisme dans laquelle certaines caractéristiques pourraient jouer un rôle adaptatif chez l'individu alors que d'autres pourraient être plus nuisibles.

Modèles multidimensionnels

Au début des années 1990, des chercheurs ont tenté de mieux saisir les différentes facettes inhérentes au perfectionnisme en proposant des modèles multidimensionnels. Deux échelles ont alors été développées afin de mesurer, par différentes dimensions, le perfectionnisme. L'échelle multidimensionnelle de Frost, Marten, Lahart et Rosenblate (1990) propose six dimensions principales au perfectionnisme: l'inquiétude à propos des erreurs, les standards personnels, les attentes parentales, la critique parentale, le doute par rapport aux actions, et l'organisation. L'échelle développée par Hewitt et Flett (1991a) met, quant à elle, l'accent sur les composantes personnelles et sociales du perfectionnisme. Les auteurs proposent trois dimensions : le perfectionnisme socialement prescrit (PSP), le perfectionnisme orienté vers soi (POS) et le perfectionnisme orienté vers l'autre (POA). Dans le PSP, la personne perçoit une pression de son entourage pour être parfaite. Elle entretient la croyance selon laquelle les autres ont des standards irréalistes à son égard et qu'ils évaluent constamment sa performance. À l'opposé, dans le POS, c'est la personne elle-même qui s'impose des standards de performance élevés et qui évalue son propre comportement. Finalement, dans le POA, les standards de performance irréalistes sont dirigés vers les autres.

Quelques années après la venue de ces modèles multidimensionnels, il a été proposé que les différentes facettes de ces derniers pourraient être combinées afin d'en dégager deux grands facteurs: la recherche de hauts standards et les préoccupations perfectionnistes (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Gaudreau &

Thompson, 2010; Stoeber & Otto, 2006). La recherche de hauts standards représente la tendance à se fixer, pour soi-même, des standards de performance élevés et à continuellement s'efforcer de les atteindre (Gaudreau & Thompson, 2010). Selon des analyses factorielles, ce facteur inclurait les dimensions des standards personnels, de l'organisation, du perfectionnisme orienté vers soi et du perfectionnisme orienté vers l'autre (Bieling, Summerfeldt, Israeli, & Antony, 2004; Frost et al., 1993). Le facteur des préoccupations perfectionnistes représente, quant à lui, la tendance à ressentir une pression des autres afin d'atteindre la perfection associée à une disposition à s'évaluer sévèrement et à douter de sa capacité à atteindre les standards voulus. Il inclurait les dimensions des préoccupations à propos des erreurs, des attentes parentales, de la critique parentale, du doute par rapport aux actions et du perfectionnisme socialement prescrit (Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993).

Le modèle 2x2 du perfectionnisme propose que les préoccupations perfectionnistes et la recherche de hauts standards, présents de manière plus ou moins prononcés chez tous les individus, seraient liées à des manifestations distinctes (Gaudreau & Thompson, 2010). Il serait ainsi possible de dégager quatre profils sur la base des différentes combinaisons entre les deux facteurs discutés plus haut. Selon ce modèle, les personnes qui présentent peu de recherche de hauts standards et de préoccupations perfectionnistes sont considérées comme non-perfectionnistes. Le deuxième groupe rassemble les individus présentant des hauts standards perfectionnistes, mais peu de préoccupations perfectionnistes. Ce type de perfectionnisme serait associé à des manifestations plus saines telles que des affects

positifs, une plus grande autodétermination et une meilleure satisfaction académique. Au contraire, le troisième groupe est composé des personnes présentant des standards de performance peu élevés, mais beaucoup de préoccupations perfectionnistes. Ces caractéristiques seraient, quant à elles, associées à des conséquences plus négatives pour la personne, telles un moins grand degré d'autodétermination, des affects négatifs et une moins grande satisfaction académique. Enfin, le dernier groupe rassemble les individus présentant à la fois de hauts standards de performance et des préoccupations perfectionnistes élevées. Les conséquences de ce type de perfectionnisme seraient plus positives que pour les personnes du troisième groupe, mais plus négatives que celles du deuxième groupe (Gaudreau & Thompson, 2010). La Figure 1 présente les différents profils de perfectionniste tels que décrit par ce modèle.

		<u>Préoccupations perfectionnistes</u>	
		Faible	Élevé
<u>Recherche de hauts standards</u>	Faible	Non perfectionnistes	Pures préoccupations perfectionnistes
	Élevé	Perfectionnistes sains	Perfectionnistes malsains

Figure 1. Profils de perfectionnistes selon le modèle 2x2.

Le modèle 2x2 des facteurs du perfectionnisme implique des méthodologies de comparaison de groupes, mais les deux grands facteurs peuvent aussi être considérés dans des approches continues pour considérer toute la variance possible des tendances des individus sur la recherche de hauts standards et sur les préoccupations perfectionnistes.

Perfectionnisme et psychopathologie

Malgré que le concept de perfectionnisme soit maintenant beaucoup plus nuancé, y voyant la possibilité de manifestations saines, il reste fortement associé à la symptomatologie de plusieurs psychopathologies. Le facteur des préoccupations perfectionnistes serait le plus fortement relié à une variété de troubles psychologiques. Par ailleurs, même s'il est parfois associé à des impacts positifs, le facteur des standards personnels serait aussi lié, dans une moindre mesure, à certains troubles (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017). En fait, le perfectionnisme est qualifié par plusieurs de processus transdiagnostique. C'est-à-dire un aspect de la cognition ou du comportement qui contribue au maintien de plusieurs psychopathologies (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Rodriguez-Seijas, Eaton, & Krueger, 2015).

Troubles anxieux. Parmi les troubles anxieux, le trouble d'anxiété sociale (TAS) est celui ayant reçu le plus d'intérêt de la part des chercheurs dans le domaine du perfectionnisme. Ceci n'est pas surprenant puisque le perfectionnisme fait partie intégrante des modèles cognitifs de la maladie. Il a effectivement été suggéré que la peur excessive d'agir de manière embarrassante ou humiliante caractérisant le TAS, mène les

individus qui en sont atteints à s'imposer des standards de performance excessivement élevés en situation sociale. Une attention et une préoccupation excessives seraient alors portées sur les erreurs potentiellement commises lors de telles situations. Ces personnes auraient également tendance à surestimer les attentes qu'entretiennent les autres envers la qualité de leur « performance » sociale (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997).

Ces parallèles ne sont pas sans rappeler les différentes dimensions du perfectionnisme retrouvées dans les modèles multidimensionnels (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991a). D'ailleurs, des études menées sur des patients souffrant de TAS ont contribué à confirmer l'association entre le perfectionnisme et la présence du trouble. L'inquiétude à propos des erreurs, le doute par rapport aux actions et la critique parentale seraient particulièrement reliés à la présence du TAS (Antony & Swinson, 1998; Juster et al., 1996; Saboonchi & Lundh, 1997). Selon les dimensions de Hewitt et Flett (1991a), les personnes atteintes présenteraient également un plus haut niveau de perfectionnisme socialement prescrit que les personnes saines, les patients souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif ou les patients souffrant de phobie spécifique (Antony & Swinson, 1998).

Bien que le trouble d'anxiété généralisé (TAG) ait reçu moins d'attention de la part des chercheurs, une étude récente suggère également une relation entre les inquiétudes pathologiques caractéristiques de ce trouble et la présence d'un haut niveau de perfectionnisme chez un échantillon clinique. Les dimensions de l'inquiétude à propos

des erreurs et des standards personnels seraient positivement associées à la présence d'inquiétudes pathologiques. La dimension du doute par rapport aux actions serait, quant à elle, un prédicteur de la présence d'un diagnostic principal de TAG (Handley, Egan, Kane, & Rees, 2014).

Trouble obsessionnel-compulsif. Selon le *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, le perfectionnisme a été identifié comme un des six facteurs cognitifs principaux du trouble obsessionnel-compulsif (Steketee & Frost, 2001). Les études ayant été menées sur des échantillons cliniques de patients présentant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) suggèrent une relation positive entre le perfectionnisme et la présence de différents symptômes tels l'accumulation, la vérification, le besoin de symétrie et l'ordre (Calamari et al., 2006; Julien, O'Connor, Aardema, & Todorov, 2006; Tolin, Brady, & Hannan, 2008; Viar, Bilsky, Armstrong, & Olatunji, 2011; Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann, & Hale, 2010). En lien avec les dimensions proposées par Frost et al. (1990), le doute par rapport aux actions serait particulièrement relié à la sévérité des symptômes du TOC (Frost & Steketee, 1997; Martinelli, Chasson, Wetterneck, Hart, & Bjoergvinsson, 2014) et, plus particulièrement, aux comportements de vérification (Martinelli et al., 2014). Des recherches ont également mis en lumière un lien entre l'inquiétude à propos des erreurs, les attentes et les critiques parentales et la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs (Antony, Purdon, Huta, & Swinson, 1998; Frost & Steketee, 1997; Lee et al., 2009).

Troubles des conduites alimentaires. Les troubles des conduites alimentaires (TCA) incluent notamment l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. Dans ces pathologies, le perfectionnisme se manifesterait surtout par un contrôle excessif de l'alimentation et du poids dans le but d'atteindre un standard d'image corporelle inaccessible (Shafran et al., 2002). Il a été proposé que le perfectionnisme jouerait un rôle de facteur de risque dans le développement de tels troubles (Bardone-Cone et al., 2007; Egan et al., 2011; Fairburn et al., 1998; Southgate, Tchanturia, Collier, & Treasure, 2008). Les dimensions du perfectionnisme orienté vers soi et du perfectionnisme socialement prescrit seraient les plus reliées à la présence d'un TCA. Plus spécifiquement, le perfectionnisme orienté vers soi serait d'avantage relié aux symptômes d'anorexie alors que le perfectionnisme socialement prescrit serait plus en lien avec les préoccupations face à la minceur, les diètes, les comportements alimentaires désordonnés, l'estime de soi et l'évitement de l'image corporelle (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995). D'autres études plus récentes rapportent également des relations positives entre les facteurs des standards personnels et des préoccupations envers les erreurs et les TCA (Bardone-Cone et al., 2007; Esposito, Stoeber, Damian, Alessandri, & Lombardo, 2019; Goldner, Cockell, & Srikameswaran, 2002). Par ailleurs, alors que la boulimie serait associée aux facettes des préoccupations perfectionnistes et de la recherche de hauts standards, seule cette dernière se révélerait significative en ce qui concerne l'anorexie (Limburg et al., 2017).

Dépression. De son côté, la dépression est également souvent associée aux différentes dimensions du perfectionnisme. Des études menées auprès d'échantillons

cliniques ont montré que la dépression serait reliée à un plus haut niveau de perfectionnisme orienté vers soi (Hewitt & Flett, 1991a, 1991b) et de perfectionnisme socialement prescrit (Hewitt, Caelian, Chen, & Flett, 2014; Hewitt & Flett, 1991a). En plus, cette dernière dimension serait associée à une augmentation du risque suicidaire chez les adolescents dépressifs (Hewitt et al., 2014). De manière cohérente avec le modèle diathèse-stress, le perfectionnisme constituerait un facteur de vulnérabilité au stress et agirait comme un facteur modérateur de l'impact de stressseurs chroniques sur le maintien des symptômes dépressifs, prédisant ainsi une pauvre amélioration des symptômes à travers le temps (Békés et al., 2015; Hewitt & Flett, 2002; Smith et al., 2016). La relation entre le perfectionnisme et les symptômes dépressifs serait, entre autres, expliquée par une tendance à l'évitement, à la perception d'un faible niveau de support social et à des interactions sociales négatives (Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2006).

Traitements psychologiques ciblant le perfectionnisme

En plus de son implication dans le développement et le maintien d'une variété de troubles, le perfectionnisme pourrait nuire à l'efficacité de certains traitements psychologiques (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995; Chik, Whittal, & O'Neill, 2008; Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted, & Kaplan, 2003). Il constitue donc une cible thérapeutique intéressante.

La littérature scientifique fait état de plusieurs recherches ayant étudié l'efficacité de différents traitements psychologiques auprès de personnes rapportant un niveau clinique

de perfectionnisme. Les résultats d'une récente méta-analyse montrent un impact positif de traitements de type cognitif-comportemental sur la diminution de différents aspects du perfectionnisme (Lloyd et al., 2015). En effet, les résultats de cette étude montrent des tailles d'effet larges à très larges pour les dimensions des standards personnels et des préoccupations envers les erreurs (respectivement) tels que mesurés par l'échelle multidimensionnelle de Frost et al. (1990). Pareillement, une large taille d'effet est rapportée pour la dimension du perfectionnisme orienté vers soi et une taille d'effet moyenne est rapportée pour la dimension du perfectionnisme socialement prescrit de l'échelle de Hewitt et Flett (1991a). En plus, quelques études ont rapporté des changements significatifs sur la réduction de manifestations reliées à l'anxiété, à la dépression, aux troubles alimentaires et au trouble obsessionnel-compulsif (Lloyd et al., 2015). La plupart des protocoles de traitement ayant fait l'objet d'une validation scientifique visent la modification des cognitions et des biais cognitifs associés au perfectionnisme, notamment la rigidité et l'ampleur des standards de performance à atteindre, l'hyper-vigilance envers les erreurs et la tendance à baser l'évaluation de sa valeur personnelle sur l'atteinte des objectifs fixés et ce, à travers différentes modalités de traitement.

Parmi les études ayant utilisé un protocole de thérapie individuelle, Glover, Brown, Fairburn et Shafran (2007) notent une amélioration cliniquement significative du perfectionnisme chez six des neuf participants à l'étude. Une diminution cliniquement significative des symptômes dépressifs a également été observée chez certains de ces

participants. Il semble cependant que l'efficacité du traitement soit reliée à la sévérité du perfectionnisme initial : les personnes présentant des scores de perfectionnisme plus élevés aux mesures prétraitement, particulièrement à celle mesurant le perfectionnisme socialement prescrit, sont également celles chez qui moins de changements cliniques ont été constatés. Riley, Lee, Cooper, Fairburn et Shafran (2007) rapportent également une diminution statistiquement significative du perfectionnisme clinique et des symptômes dépressifs chez des participants ayant pris part à une thérapie cognitive-comportementale. Toutefois, des changements significatifs similaires ont également été constatés chez les participants du groupe contrôle. Ces derniers changements n'étant pas différents de ceux constatés chez les participants ayant bénéficié de la thérapie. Egan et al. (2014) ont également trouvé des effets positifs d'une thérapie cognitive-comportementale avec un thérapeute ou auto-administrée sur la réduction de certaines dimensions du perfectionnisme, des manifestations anxiodépressives et sur l'augmentation de l'estime personnelle. La thérapie en face-à-face semble supérieure en termes de maintien des bénéfices à plus long terme.

Différentes études rapportent également des résultats intéressants suite à l'essai de protocoles de traitement de groupe. Parmi celles-ci, Handley, Egan, Kane et Rees (2015) rapportent une diminution de différentes dimensions du perfectionnisme en plus d'effets significatifs du traitement sur la diminution des manifestations anxiodépressives, sur l'augmentation de l'estime de soi et sur la qualité de vie. Des résultats similaires ont également été rapportés par Steele et al. (2012). Les auteurs notent toutefois que, bien que

des changements significatifs soient observés suite au traitement dans les mesures de dépression, d'anxiété, de perfectionnisme, d'autocritique et de stress, seulement 32 % des participants ont montré des changements cliniquement significatifs trois mois après la fin du traitement et seulement 10 % ont montré des changements cliniquement significatifs aux mesures post-traitement.

D'autres études se sont penchées sur l'efficacité de protocoles de traitement auto-administrés. Notamment, Arpin-Cribbie, Irvine et Ritvo (2012), ont testé l'impact d'un traitement en ligne chez des étudiants universitaires montrant un haut niveau de perfectionnisme. Les résultats montrent une diminution significative des différentes dimensions du perfectionnisme et des symptômes dépressifs. Toutefois, bien que des changements positifs aient été observés au niveau du groupe à l'étude, plusieurs participants ont conservé un niveau de perfectionnisme élevé. Si bien que les changements observés ne s'avèrent cliniquement significatifs que pour une petite partie des participants. Par ailleurs, une autre étude ayant utilisé un protocole similaire montre que, malgré une réduction de certaines dimensions du perfectionnisme suite au traitement, les changements constatés entre le groupe contrôle et le groupe à l'étude diffèrent seulement au plan de la sensibilité à l'anxiété et des pensées automatiques négatives (Radhu, Daskalakis, Arpin-Cribbie, Irvine, & Ritvo, 2012). Il semblerait également que l'efficacité d'un traitement auto-administré soit modulée par la compliance au traitement. Laquelle serait augmentée par la présence d'un thérapeute lors du processus (Pleva & Wade, 2007).

Les données mentionnées ci-haut montrent que la thérapie cognitive-comportementale s'avère une avenue intéressante dans le traitement du perfectionnisme et des difficultés qui y sont associées. La plupart des thérapies proposées visent directement les biais cognitifs et les stratégies d'adaptation mésadaptées inhérentes au perfectionnisme clinique (Shafran et al., 2002). Bien que ces cibles d'intervention semblent bien appuyées empiriquement, il n'en demeure pas moins que certaines limites quant à leur efficacité sont présentes (Lloyd et al., 2015). Tout d'abord, certaines données suggèrent que les personnes présentant un perfectionnisme plus sévère bénéficieraient moins des traitements proposés (Glover et al., 2007). Il est alors pertinent de se demander ce qui différencie ces personnes de celles répondant mieux au traitement. Est-ce que leur perfectionnisme se présente autrement? Comment adapter les interventions pour mieux les rejoindre? Ensuite, bien que la majorité des études montrent des changements statistiquement significatifs suite aux traitements, il semble que les améliorations constatées ne rejoignent un niveau cliniquement significatif que pour une petite partie des individus (Arpin-Cribbie et al., 2012; Glover et al., 2007; Radhu et al., 2012; Riley et al., 2007; Steele et al., 2012). Encore ici, une question se pose : serait-il possible de trouver des cibles d'intervention plus efficaces? Une partie de la réponse pourrait être de modifier la visée de l'intervention. Les interventions actuelles mettent l'emphasis sur la diminution des différents facteurs du perfectionnisme en ciblant les cognitions qui y sont reliées. Une approche différente pourrait non pas cibler le perfectionnisme en soi, mais les variables médiatrices ayant un impact sur les conséquences positives ou négatives que vit la personne. Un de ces médiateurs, qui retient de plus en plus l'intérêt des chercheurs, est la

motivation (Appleton & Hill, 2012; Chang et al., 2016; Gaudreau et al., 2016; Longbottom et al., 2012; Miquelon et al., 2005; Stoeber et al., 2013).

Motivation

La motivation peut être définie comme l'ensemble des processus qui poussent une personne à accomplir une action ou un comportement (Vallerand, 1993). On peut alors parler du niveau de motivation d'une personne, mais également du type de motivation qui l'anime. Les comportements pourraient être sous-tendus par deux grands types de motivation : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque (voir Figure 2 dans le Chapitre 1) (Ryan & Deci, 2000). La motivation intrinsèque peut être définie comme la propension à réaliser une action parce qu'elle est en elle-même intéressante ou plaisante (Ryan & Deci, 2000). C'est donc la satisfaction ou le plaisir d'accomplir le comportement qui motivera celui-ci et non la recherche d'un objectif externe. D'un autre côté, on parle de motivation extrinsèque lorsqu'un comportement est posé dans le but d'en retirer une certaine récompense ou d'éviter des conséquences négatives. Dans ce type de motivation, ce n'est donc plus le comportement en lui-même qui est agréable, mais ses conséquences (Ryan & Deci, 2000).

Une nomenclature encore plus détaillée a été proposée par Deci et Ryan (1985) par le biais de leur théorie de l'autodétermination. Les auteurs ont ainsi ordonné les types de motivation selon leur niveau d'autodétermination sur un continuum allant de l'amotivation à la motivation intrinsèque, en passant par la motivation extrinsèque.

L'autodétermination réfère à une impression de choix réel et à un sentiment de liberté qui n'est pas soumis à des contraintes venant de l'extérieur. Par définition, la motivation intrinsèque est la plus autodéterminée et l'amotivation la moins autodéterminée. Pour ce qui est de la motivation extrinsèque, elle peut être divisée en quatre types de régulation (externe, introjectée, identifiée et intégrée) allant de la moins autodéterminée à la plus autodéterminée.

Régulation externe

La régulation externe est la moins autodéterminée des types de motivation extrinsèque. Les comportements sont uniquement motivés par les conséquences externes, soit par l'obtention de récompenses, soit par l'évitement de conséquences négatives qui peuvent être sociales ou matérielles (Deci & Ryan, 1985). En lien avec le perfectionnisme, la régulation externe sociale peut se manifester par l'imposition de hauts standards de performance dans le but d'être accepté ou d'éviter d'être rejeté par autrui. De son côté, la régulation externe matérielle se manifeste dans le perfectionnisme par la recherche de hauts standards dans l'optique d'obtenir des récompenses concrètes liées au succès (p. ex., une médaille ou une bourse) ou d'éviter que des événements désastreux ne surviennent (p. ex., la perte d'un bien matériel à cause d'une impression de négligence).

Régulation introjectée

La régulation introjectée est, quant à elle, caractérisée par un sentiment de pression interne. Les comportements sont guidés par les valeurs et les standards véhiculés par

l'environnement (société, parents, groupe d'appartenance, etc.) et que la personne a intégrés, mais qui ne sont pas pleinement cohérents avec le soi (Deci & Ryan, 1985). Appliqué au perfectionnisme, cela signifie que la personne s'impose des standards personnels élevés afin de préserver une image positive d'elle-même, de rehausser son estime de soi et d'éviter de ressentir de la honte. La valeur personnelle que la personne s'accorde est conditionnelle à l'atteinte de ses critères de perfection.

Régulation identifiée

La régulation identifiée se produit quand un comportement est effectué parce qu'il est en accord avec les valeurs personnelles d'une personne et perçu comme choisi et apprécié par celle-ci (Deci & Ryan, 1985). En termes de perfectionnisme, cela signifie que l'individu s'impose de hauts standards dans des domaines importants pour lui et reliés à ses valeurs, sans pression induite de l'extérieur. L'atteinte de la perfection devient alors un moyen d'accéder à un objectif plus grand.

Régulation intégrée

La régulation intégrée constitue la plus autodéterminée des régulations extrinsèques. Les buts et objectifs sont pleinement congruents avec la personne et choisis consciemment. La régulation intégrée diffère de la motivation intrinsèque en ce sens qu'elle a encore lieu dans le but d'atteindre un objectif externe (Deci & Ryan, 1985). Dans ce type de régulation, des comportements perfectionnistes pourraient donc être choisis par

une personne pour qui le dépassement de soi est entièrement congruent avec ses valeurs et ses besoins.

Application de la théorie de l'autodétermination au perfectionnisme

Le perfectionnisme, comme tout autre comportement humain, est motivé par différents facteurs. Rappelons que la théorie de l'autodétermination permet de considérer l'ensemble des motivations extrinsèques, allant de la régulation externe à la régulation intégrée. Elle s'avère donc particulièrement pertinente dans l'étude du perfectionnisme puisqu'elle permet de mieux comprendre ce qui se cache derrière tous les comportements perfectionnistes et qu'elle peut être mise en lien avec les différentes dimensions proposées par les modèles théoriques. L'examen de l'ensemble des résultats de recherche permet de statuer positivement sur l'existence d'un lien entre perfectionnisme et motivation et de faire ressortir des tendances. En général, il semblerait donc que les dimensions plus saines ou adaptatives du perfectionnisme (c'est-à-dire : perfectionnisme orienté vers soi, recherche de hauts standards et standards personnels) soient associées positivement à l'ensemble des motivations, exception faite de l'amotivation pour laquelle une association négative ressort. En outre, les dimensions du perfectionnisme généralement associées à des conséquences plus négatives (c'est-à-dire : perfectionnisme socialement prescrit, préoccupations perfectionnistes, préoccupations envers les erreurs, attentes et critiques parentales et doute par rapport aux actions) seraient plus fortement et significativement reliées aux motivations moins autodéterminées telles que la régulation introjectée, la régulation externe et l'amotivation. La majorité des études montrent également une

absence de relation ou une relation négative entre ces dimensions et la motivation intrinsèque et la régulation identifiée (Appleton & Hill, 2012; Blankstein, 2000; Chang, Lee, Byeon, & Lee, 2015; Chang et al., 2016; Flett et al., 2016; Gucciardi, Mahoney, Jalleh, Donovan, & Parkes, 2012; Hill, 2014; Longbottom et al., 2012; McArdle & Duda, 2004; Quested, Cumming, & Duda, 2014; Stoeber et al., 2013). Bien que certaines études aient trouvé une absence de corrélation entre les différentes motivations et les dimensions du perfectionnisme mesurées (Stoeber, Damian, & Madigan, 2018), la majorité des résultats montrent un lien clair entre ces deux concepts.

L'étude du perfectionnisme par le biais de la motivation nous permet également de mieux comprendre les impacts positifs et négatifs des comportements perfectionnistes. Il semble, en effet, que le type de motivation associé à un comportement perfectionniste pourrait jouer un rôle de médiateur entre différentes dimensions du perfectionnisme et ses impacts comme la satisfaction académique (Gaudreau et al., 2016), le burnout (Appleton & Hill, 2012; Chang et al., 2016), la mise en forme (Longbottom et al., 2012), l'addiction au travail (Stoeber et al., 2013) et l'ajustement psychologique et académique (Miquelon et al., 2005).

Ces précisions permettent d'apporter un éclairage nouveau sur l'éternelle dualité sain/malsain du perfectionnisme en élargissant notre compréhension du phénomène. Elles permettent également d'envisager de nouvelles avenues de traitement pouvant s'intégrer dans une approche transdiagnostique. Le présent essai vise justement à explorer

l'efficacité d'un traitement ciblant les motivations au perfectionnisme. Plutôt que de viser la diminution ou la disparition du perfectionnisme, un tel traitement s'affaire plutôt à faire prendre conscience à la personne des raisons à la base de ses comportements dans le but de soutenir et d'investir les motivations plus autodéterminées, celles-ci étant plus susceptibles de mener vers des conséquences positives du perfectionnisme. Les prochaines pages présenteront les résultats issus d'une étude utilisant un protocole à cas unique visant à explorer les bienfaits potentiels d'un tel traitement.

Chapitre 1

Article scientifique : Développement d'un traitement du perfectionnisme par le biais de la motivation : un protocole à cas unique

Développement d'un traitement du perfectionnisme par le biais de la motivation : un protocole à cas unique

Plana, India,
Doctorante du Département de psychologie

Langlois, Frédéric, Ph.D.
Professeur au Département de psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières
3351, bld. des Forges
Trois-Rivières (Québec) G8Z 4M3
Canada
India.Plana@uqtr.ca
Frederic.Langlois@uqtr.ca

Adresse de correspondance : India Plana, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières (Québec) G8Z 4M3.
Courriel : India.Plana@uqtr.ca

Résumé

Le perfectionnisme est une caractéristique multidimensionnelle souvent associée à différentes psychopathologies. Des évidences suggèrent que le désir d'atteindre de hauts standards de performance découle d'une variété de motivations (Stoeber, Damian, & Madigan, 2018). Ainsi, un comportement perfectionniste motivé de façon plus autodéterminée et la diminution des motivations externes pourraient être associés à des conséquences plus positives et favoriser un sain dépassement de soi. L'objectif de cette étude était de développer une thérapie cognitive-comportementale visant la modification des motivations sous-jacentes au perfectionnisme et d'en évaluer les effets. Pour ce faire, un protocole à cas unique incluant deux participants présentant un niveau élevé de perfectionnisme a été utilisé. Le protocole de traitement visait la prise de conscience des motivations à être perfectionniste et leur transformation vers un plus haut niveau d'autodétermination. Les effets sur les comportements perfectionnistes, la motivation, les symptômes anxiodépressifs et la qualité de vie ont été mesurés. Les résultats issus de l'observation visuelle des courbes de changement, des indices de changement valide et des points de rupture clinique montrent une diminution du temps consacré aux comportements perfectionnistes, des changements motivationnels, une diminution des symptômes anxiodépressifs, une amélioration de la santé psychologique et des relations sociales chez la participante ayant complété le traitement. Ces résultats suggèrent qu'un travail thérapeutique axé sur les motivations derrière le perfectionnisme s'avère une avenue prometteuse dans la diminution des effets négatifs du perfectionnisme et pourrait

favoriser un sain dépassement de soi. Des études subséquentes devront être conduites afin de répliquer les présents résultats à plus grande échelle.

Introduction

Depuis bon nombre d'années, le perfectionnisme semble être en constante augmentation dans la population générale, possible reflet des changements culturels et sociaux s'opérant dans nos sociétés modernes (Curran & Hill, 2019). Bien que la recherche scientifique s'intéressant au perfectionnisme permette de mieux saisir ce concept dans sa globalité, des questionnements demeurent quant aux impacts du perfectionnisme sur le fonctionnement des individus. D'un côté, plusieurs écrits font état de la nature positive du perfectionnisme (Gaudreau & Thompson, 2010; Hamachek, 1978). D'un autre, la littérature scientifique proposant que le perfectionnisme serait impliqué dans le développement, le maintien et l'exacerbation de différentes psychopathologies telles les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires et la dépression ne cesse de fleurir (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017; Shafran & Mansell, 2001). Des recherches récentes tendent à montrer un lien entre les impacts associés au perfectionnisme et ce qui motive la personne à rechercher de hauts standards de performance (Stoeber et al., 2018). Les motivations à la base des comportements perfectionnistes pourraient donc être un déterminant du caractère adaptatif ou non du perfectionnisme chez une personne. Les traitements psychologiques existants, visant surtout la modification des biais cognitifs et des comportements malsains associés au perfectionnisme, montrent certaines limites quant à leur efficacité d'un point de vue clinique. La poursuite des efforts dans l'amélioration et la diversité des psychothérapies offertes est donc essentielle. Qui plus est, aucun traitement, jusqu'à maintenant, ne s'est penché sur l'impact des processus motivationnels sur les

conséquences du perfectionnisme. La présente étude a donc pour but d'évaluer l'efficacité d'un protocole de traitement du perfectionnisme par la modification des motivations sous-jacentes.

Perfectionnisme

Le perfectionnisme est généralement défini comme la tendance à s'imposer des standards de performance excessivement élevés, mais il est aussi caractérisé par une satisfaction de ses accomplissements (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Hamachek, 1978; Hollender, 1978). La personne perfectionniste rechercherait constamment une performance supérieure tout en portant une attention particulière aux défauts et aux erreurs qu'elle peut avoir commis (Missildine, 1963). Au fil du temps, des modèles multidimensionnels ont été développés afin de rendre compte des différentes facettes du perfectionnisme et de mieux décrire ce concept dans sa globalité. En 1990, deux groupes de recherche développent parallèlement des outils multidimensionnels afin de mesurer le perfectionnisme. Dans leur modèle, Frost, Marten, Lahart, et Rosenblate (1990) suggèrent six dimensions : la préoccupation envers les erreurs, les standards personnels, les attentes parentales, la critique parentale, le doute par rapport aux actions et l'organisation. De leur côté, Hewitt et Flett (1991a) présentent plutôt différentes dimensions mettant à l'avant plan les composantes personnelles et sociales du perfectionnisme : le perfectionnisme orienté vers soi, le perfectionnisme orienté vers l'autre et le perfectionnisme socialement prescrit. Tentant de mieux comprendre les liens entre ces deux instruments, des chercheurs ont montré l'existence de corrélations entre les

différentes dimensions qu'ils contiennent (Enns & Cox, 2002), rendant alors possible le regroupement de celles-ci en deux facteurs principaux (Frost et al., 1993; Gaudreau & Thompson, 2010). Ainsi, le facteur des préoccupations perfectionnistes correspond à la tendance à percevoir une pression de l'extérieur pour agir parfaitement, associée à une tendance à s'évaluer sévèrement et à douter de sa capacité à atteindre les standards visés. Cette dimension serait associée à des conséquences plus négatives pour la personne. Le facteur des standards personnels correspond, quant à lui, à la tendance à s'imposer soi-même des standards de performance élevés et à chercher activement à les atteindre. Il serait associé à des impacts plus positifs (Gaudreau & Thompson, 2010; Stoeber & Otto, 2006). Ces dimensions saines et malsaines n'ont pourtant pas d'appuis sans équivoque (Limburg et al., 2017) et nous indiquent qu'il faut peut-être regarder le perfectionnisme sous un autre angle.

Perfectionnisme et motivation

Un regard macroscopique sur les deux facteurs du perfectionnisme laisse présager des motivations sous-jacentes très différentes (p. ex., la crainte de faire des erreurs versus le désir de se dépasser, le désir d'atteindre des buts personnels versus l'atteinte des standards imposés par l'extérieur). D'ailleurs, dès 1978, Hollender mentionnait que le développement du perfectionnisme, dans sa version négative, est étroitement lié à un désir de plaire et à un besoin de protection de l'égo. Hamachek (1978) mentionnait également que le perfectionnisme peut être une stratégie pour gagner l'acceptation d'autrui.

La théorie proposée par Ryan et Deci (2000) fait état de deux grandes formes de motivation, soit intrinsèque et extrinsèque. La théorie de l'autodétermination apporte toutefois des précisions en précisant d'autres sous-types de régulation extrinsèque (externe, introjectée, identifiée et intégrée). Selon ce modèle, les différents types de régulation peuvent être ordonnés sur un continuum en fonction de leur degré d'autodétermination, c'est-à-dire selon le sentiment de pouvoir faire des choix personnels et un sentiment de liberté qui n'est pas soumis à des contraintes extérieures (voir Figure 2) (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000).

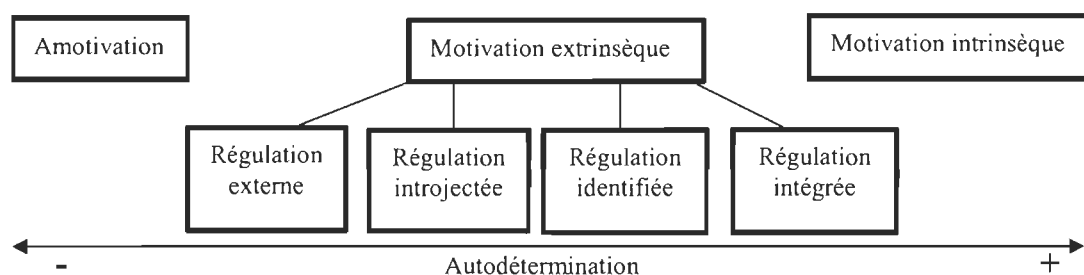


Figure 2. Continuum d'autodétermination basé sur le modèle de Ryan et Deci, 2000 [traduction libre].

Ces dernières années, différentes études se sont penchées sur le lien entre la théorie de l'autodétermination et les différentes dimensions du perfectionnisme. Bien que des divergences entre les résultats existent, une tendance générale en ressort (Stoeber et al., 2018). Ainsi, en utilisant les dimensions proposées par Hewitt et Flett (1991a), des résultats de recherche tendent à montrer que le perfectionnisme orienté vers soi serait associé à l'ensemble des motivations présentes sur le continuum d'autodétermination, à l'exception de l'amotivation (Appleton & Hill, 2012; Blankstein, 2000; Chang, Lee,

Byeon, & Lee, 2015; Chang, Lee, Byeon, Seong, & Lee, 2016; Flett et al., 2016; Longbottom, Grove, & Dimmock, 2012; Stoeber, Davis, & Townley, 2013). Le perfectionnisme socialement prescrit serait, quant à lui, associé à plus de motivation extrinsèque et à l'amotivation (Appleton & Hill, 2012; Blankstein, 2000; Chang et al., 2015, 2016; Flett et al., 2016; Longbottom et al., 2012; Stoeber et al., 2013). Parallèlement, si on fait référence aux facteurs du perfectionnisme, des études montrent un lien entre la dimension des standards personnels et l'ensemble des motivations à l'exception de l'amotivation tandis que les préoccupations perfectionnistes seraient plus fortement reliées aux régulations introjectée et externe ainsi qu'à l'amotivation (Chang et al., 2016; Gaudet, Daigneault, & Langlois, 2014; Gucciardi, Mahoney, Jalleh, Donovan, & Parkes, 2012; Hill, 2014; Longbottom et al., 2012).

Tel que suggéré par Stoeber et al. (2018), ces résultats permettent de mieux comprendre comment le perfectionnisme peut avoir des impacts tantôt positifs, tantôt négatifs chez une personne. En effet, il a été suggéré que des motivations extrinsèques seraient liées à des impacts plus négatifs du perfectionnisme tels que la dépendance au travail, la détresse, des stratégies d'apprentissage moins efficaces, le burnout et des affects négatifs (Bieling, Summerfeldt, Israeli, & Antony, 2004; Blankstein, 2000; Chang et al., 2015; Stoeber et al., 2013). Des conséquences plus positives telles qu'une meilleure satisfaction académique (Gaudreau, Franche, & Gareau, 2016) pourraient être, quant à elles, possibles lorsque les comportements perfectionnistes sont motivés de manière intrinsèque. L'autodétermination agirait alors comme un médiateur entre le

perfectionnisme et ses impacts (Chang et al., 2015; Gaudreau et al., 2016; Miquelon, Vallerand, Grouzet, & Cardinal, 2005).

Ainsi, l'étude du perfectionnisme par le biais de la motivation permet d'apporter une compréhension nuancée du phénomène qui va au-delà de la simple dualité sain/malsain en suggérant qu'une variété de motivations peuvent animer les tendances au perfectionnisme d'une personne. C'est donc possiblement en considérant l'ensemble de celles-ci et leurs interactions qu'il est possible de mieux comprendre et d'avoir un impact sur les conséquences positives ou négatives du perfectionnisme chez un individu.

Du côté des traitements psychologiques existant ciblant le perfectionnisme, une récente méta-analyse montre un impact positif de traitements de type cognitif-comportemental sur la diminution de différents aspects du perfectionnisme (Lloyd, Schmidt, Khondoker, & Tchanturia, 2015). Toutefois, il semblerait également que tous ne voient pas nécessairement leur fonctionnement amélioré dans la même mesure et que les changements observés ne se révèlent pas toujours cliniquement significatifs (Lloyd et al., 2015). Bien que l'approche cognitive-comportementale semble prometteuse, les traitements proposés actuellement ne sont pas parfaits et gagneraient à être enrichis par de nouvelles perspectives théoriques. Celle des motivations pourrait s'avérer une piste intéressante afin d'utiliser, avec un regard nouveau, les outils propres à la thérapie cognitive-comportementale. Ce nouvel éclairage permet de proposer de nouvelles

alternatives thérapeutiques misant sur les motivations afin de favoriser les aspects adaptatifs du perfectionnisme.

Présente étude

Par le biais de la théorie de l'autodétermination, il est possible de suggérer que le désir d'atteindre de hauts standards de performance découle d'une variété de motivations. Par ailleurs, un lien négatif existerait entre les préoccupations perfectionnistes et les motivations plus autodéterminées (Stoeber et al., 2018). Ainsi, un comportement perfectionniste motivé de façon plus autodéterminée serait plus susceptible d'être associé à moins de conséquences négatives pour la personne. La prise de conscience par l'individu de ses motivations à être perfectionniste et la transformation de celles-ci vers un plus haut niveau d'autodétermination pourrait constituer une avenue intéressante dans le traitement du perfectionnisme malsain. Dans cette optique, cette étude préliminaire vise à évaluer l'efficacité d'un protocole de traitement de type cognitif-comportemental ciblant le perfectionnisme par le biais des motivations sous-jacentes.

Méthode

Dans le but d'évaluer l'efficacité d'un protocole de traitement visant le perfectionnisme, un devis expérimental à cas unique se basant sur un protocole de type A-B a été utilisé. Pour ce faire, chaque participant était assigné à une période prétraitement visant à mesurer le niveau de base (A) jusqu'à l'atteinte d'une stabilité des manifestations perfectionnistes. Par la suite, le protocole de traitement (B) était administré

hebdomadairement aux participants lors de séances d'environ 60 minutes. Chaque participant était comparé à lui-même sur la base des auto-enregistrements quotidiens et des résultats aux différents questionnaires administrés. Afin de s'assurer de l'intégrité du traitement, toutes les sessions étaient enregistrées sur bande-audio. Un évaluateur externe était chargé d'écouter les sessions afin de s'assurer que le contenu abordé respecte le protocole d'intervention à l'étude. La procédure initiale a été suivie pour la participante 2. Toutefois, le protocole de traitement a dû être interrompu après sept rencontres pour le participant 1 en raison de retards liés à des impondérables (multiples annulations de rencontres) du participant et, ensuite, du départ en maternité de la thérapeute. Le module sept portant sur la motivation intrinsèque n'a donc pas pu être abordé. De plus, ce participant ayant présenté différents défis de compliance a déplacé plusieurs rencontres : le rythme d'administration du protocole a par ailleurs été modifié et des données sont manquantes.

Participants

Les participants de cette étude ont été recrutés par le biais du bouche-à-oreille et d'annonces affichées à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les personnes intéressées étaient informées que notre laboratoire était à la recherche de personnes vivant des conséquences négatives en lien avec leur perfectionnisme afin de participer à une étude évaluant l'efficacité d'un traitement psychologique. Les participants sélectionnés devaient rencontrer les critères d'inclusion suivants : (1) avoir 18 ans et plus; (2) avoir un fonctionnement quotidien altéré à cause du perfectionnisme objectivé par des

comportements excessifs de compensation, de réassurance/vérification, de procrastination, d'organisation, de contrôle et d'implication excessive dans la tâche; (3) avoir un score clinique à l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II) et/ou à l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de traits d'anxiété (IASTA-Y); et (4) avoir le français comme langue maternelle. En plus, les participants sélectionnés ne devaient pas souffrir ou avoir déjà souffert d'un trouble psychotique ou bipolaire, souffrir ou avoir déjà souffert d'un trouble d'abus de substance, avoir participé à une psychothérapie visant le perfectionnisme au cours des trois derniers mois, avoir eu un changement de médication psychoactive au cours des 12 dernières semaines ni avoir des idées suicidaires.

Participant 1. Le participant 1 est un jeune homme de 24 ans étudiant au cégep et occupant un emploi d'été dans le domaine touristique. Il habite avec sa mère. Le participant rapporte s'imposer des standards élevés de performance surtout en ce qui a trait à ses résultats scolaires et au sport. Il avait d'ailleurs cessé la pratique compétitive d'un sport quelques années auparavant à cause des répercussions négatives qu'il vivait lorsqu'il ne performait pas à la hauteur de ses attentes. Il rapporte plusieurs conséquences négatives en lien avec son perfectionnisme : compenser en investissant beaucoup de temps dans l'activité et en restreignant le temps accordé à d'autres domaines, la recherche de réassurance ou le besoin de vérification excessive, la tendance à corriger les autres, la difficulté à prendre des décisions, la difficulté à savoir quand s'arrêter, l'abandon rapide des activités lorsque la performance n'est pas jugée parfaite, une lenteur d'exécution excessive, des conflits avec les proches en lien avec ses exigences élevées et une

incapacité à déléguer. Des répercussions importantes sont observées sur ses relations sociales et amoureuses, ses loisirs, son humeur et son anxiété.

Il rapporte avoir consulté une psychologue de manière sporadique durant quatre ans pour l'aider à mieux gérer l'anxiété inhérente à sa tendance perfectionniste. Il aurait d'ailleurs reçu un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée, de dépression majeure d'intensité modérée, d'hypocondrie légère et de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). La passation d'une version résumée de l'ADIS-IV a permis d'objectiver la présence actuelle de manifestations cliniques importantes reliées au trouble panique avec agoraphobie et au trouble d'anxiété généralisée. Au moment des rencontres, le participant consomme du Bupropion et de la Quétiapine.

Participant 2. La participante 2 est une femme âgée de 45 ans qui travaille comme musicienne pigiste. Elle habite avec son conjoint qui a deux filles en garde partagée. La participante rapporte s'imposer de hauts standards de performance et entretient une importante peur de l'échec en ce qui a trait à son travail. Des attitudes perfectionnistes sont aussi rapportées à la maison en lien avec l'entretien et la propreté des lieux et par rapport à ses loisirs. Elle rapporte plusieurs conséquences négatives en lien avec son perfectionnisme, notamment, des conflits avec son conjoint, un poids émotionnel important, de l'anxiété, de l'évitement et une peur du jugement. Son perfectionnisme la pousse à adopter certains comportements comme une recherche de réassurance et une difficulté à déléguer. La participante rapporte également ressentir un sentiment de pression

depuis l'enfance, notamment en lien avec des exigences parentales élevées. Bien que très consciente de ses enjeux, elle n'a jamais consulté de professionnel à ce sujet auparavant. La participante ne prenait aucune médication psychoactive au moment de l'étude. Bien qu'elle respecte les critères de sélection que le perfectionnisme interfère avec son fonctionnement, elle ne rencontrait pas les manifestations cliniques d'une psychopathologie selon l'ADIS-IV.

Instruments de mesure

Une version résumée de l'*Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV; Grisham, Brown, & Campbell, 2004) a été administrée aux participants afin d'objectiver la présence ou l'absence de certains critères d'exclusion et de manifestations psychopathologiques cliniques. Vu le profil anxio-dépressifs des participants à l'étude, des mesures évaluant la présence de symptômes d'anxiété et de dépression ont été ciblées afin d'estimer leur niveau de détresse psychologique.

Auto-enregistrements quotidiens. Un carnet d'auto-enregistrements a été utilisé dans le but d'évaluer les changements journaliers concernant trois aspects du perfectionnisme des participants durant la période de référence et le traitement. Les participants devaient répondre à quatre questions à l'aide d'une échelle à 10 points, soit (1) Combien de temps avez-vous passé à accomplir des comportements perfectionnistes aujourd'hui? On considère ici le besoin de vérifier, recommencer, reprendre pour améliorer, se soucier beaucoup des détails, besoin important de symétrie et d'ordre, le

besoin de respecter une méthode précise, le besoin d'améliorer la qualité et la performance, etc.; (2) À quel point vos comportements perfectionnistes étaient-ils motivés de manière autodéterminée, c'est-à-dire pour le plaisir et/ou parce que cohérent avec vos valeurs?; (3) À quel point vos comportements perfectionnistes étaient-ils motivés par le besoin de vouloir éviter de vous sentir coupable, honteux ou anxieux?; et (4) À quel point vos comportements perfectionnistes étaient-ils motivés par le besoin d'obtenir une récompense, la première place ou un bonus? Afin de s'assurer que les auto-enregistrements soient complétés de manière adéquate, les questions ont été présentées aux participants lors de la rencontre prétraitement et des exemples supplémentaires leur ont été donnés en lien avec leurs propres comportements perfectionnistes.

Questionnaire de perfectionnisme révisé (QP-R). Le Questionnaire de perfectionnisme révisé (Langlois et al., 2009) a été utilisé afin d'évaluer la disposition au perfectionnisme ainsi que les manifestations dysfonctionnelles du perfectionnisme chez les participants. L'instrument comporte 20 items se divisant en deux sous-échelles correspondant aux deux facteurs énoncés dans la théorie de Gaudreau et Thompson (2010). Une échelle évalue la tendance à rechercher de hauts standards personnels (p. ex., « J'aime que les choses que je fais soient parfaites »). Une autre échelle mesure les manifestations plus négatives du perfectionnisme et représente des manifestations des préoccupations perfectionnistes (p. ex., « Même lorsque j'échoue partiellement, j'ai tendance à m'en vouloir comme si j'avais tout raté »). Les participants devaient répondre à l'aide d'une échelle à cinq points allant de *Ne me décrit pas du tout* (1) à *Me décrit tout*

à fait (5) La consistance interne du QP-R pour l'évaluation des préoccupations associées au perfectionnisme est de 0,94 et peut donc être considérée comme excellente. Elle est également considérée comme satisfaisante pour l'évaluation générale de la recherche de hauts standard personnels ($\alpha = 0,80$) (Langlois, Aubé, Roy, & Vanasse Larochelle, 2010).

Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (MSP). Le questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (Cossette, 2016) a été utilisé afin d'explorer les changements des motivations sous-jacentes au perfectionnisme chez les participants suite à l'application du protocole de traitement. L'instrument comporte 25 items divisés en sept sous-échelles correspondant aux différents types de motivation (externe sociale, externe matérielle d'approche, externe matérielle d'évitement, introjectée, identifiée, intrinsèque et amotivation). Ces sous-échelles peuvent être regroupées en deux facteurs latents : un facteur autodéterminé et un facteur non-autodéterminé. Les participants devaient, dans un premier temps, indiquer le domaine de leur vie où ils considèrent être le plus perfectionniste (travail, études, tâches ménagères, loisirs, sport, autre) et estimer, sur une échelle de *Je ne suis pas du tout perfectionniste* (1) à *Je suis tout à fait perfectionniste* (10), leur niveau de perfectionnisme dans ce domaine. Par la suite, les participants devaient répondre aux items du questionnaire à l'aide d'une échelle à sept points allant de *Ne correspond pas du tout à moi* (1) à *Correspond exactement à moi* (7) en se référant au domaine de vie identifié précédemment. Des analyses ont montré une bonne cohérence interne pour chacun des facteurs ainsi qu'une

bonne validité convergente et divergente. La structure interne de l'outil a également été confirmée (Cossette, 2016).

Inventaire de dépression de Beck (BDI-II). L'inventaire de dépression de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) a été utilisé afin de déterminer la présence de symptômes dépressifs chez les participants. L'instrument comporte 21 items permettant d'identifier les symptômes cognitifs, comportementaux, affectifs et somatiques liés à la dépression. Chaque item est composé de quatre réponses cotées de 0 à 3 en termes d'intensité, des résultats élevés indiquant une présence plus importante de symptômes dépressifs. Le BDI-II a révélé une excellente consistance interne ($\alpha = 0,73 - 0,92$) ainsi qu'une bonne validité convergente et divergente (Beck, Steer, & Carbin, 1988). De plus, la traduction francophone démontre d'excellentes propriétés psychométriques (Bourque & Beaudette, 1982).

World Health Organization Quality of Life Questionnaire - version brève (WHOQOL-bref). Le WHOQOL-bref est un questionnaire autorapporté offrant une mesure globale de la qualité de vie. La version brève du questionnaire comporte 26 items. Vingt-quatre de ces items permettent d'obtenir des scores pour quatre domaines, soit la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. L'instrument possède quatre types d'échelles en cinq points permettant d'évaluer l'intensité, la capacité, la fréquence et l'évaluation. La version originale montre un indice

de cohérence interne de 0,65. Il montre également des propriétés psychométriques allant de *bonnes* à *excellentes* (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

Inventaire d'anxiété situationnelle et de traits d'anxiété- Forme Y (IASTA-Y).

L'IASTA-Y (Gauthier & Bouchard, 1993), version canadienne et francophone du *State-trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) a été utilisé afin de déterminer la présence de traits anxieux chez les participants. L'instrument est composé de 40 items se séparant en deux sous-échelles : l'anxiété situationnelle (20 items) et le trait d'anxiété (20 items). Seules les données issues de la deuxième échelle seront rapportées dans le cadre de cette étude. Les participants devaient répondre sur une échelle à quatre points allant de *Pas du tout* (1) à *Beaucoup* (4). Le questionnaire montre une excellente consistance interne ($\alpha = 0,91$) ainsi qu'une bonne validité convergente et divergente (Gauthier & Bouchard, 1993).

Procédure

Les participants intéressés à l'étude étaient contactés par téléphone afin de confirmer leur intérêt et de vérifier leur admissibilité en regard des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Les participants admissibles étaient rencontrés une première fois afin de remplir les différents questionnaires auto rapportés et de compléter l'ADIS-IV. Ils devaient ensuite se soumettre à une période de référence durant laquelle les auto-enregistrements devaient être complétés quotidiennement. Lorsque les manifestations perfectionnistes rapportées étaient stables, les participants étaient invités à assister à une

séance de psychothérapie individuelle hebdomadaire d'environ une heure pour la durée de l'application du protocole de traitement. Pour le premier participant, les séances de psychothérapie (7) étaient conduites par une étudiante au doctorat en psychologie clinique (première auteure) ayant complété sa formation pratique dans le cadre de ses études doctorales. Une supervision hebdomadaire était offerte par un psychologue clinicien d'expérience (deuxième auteur). Pour la deuxième participante, les séances de psychothérapie (14) étaient conduites par le deuxième auteur. Pour toute la durée du traitement, les participants devaient tenir un carnet d'auto-enregistrements et réaliser quelques exercices entre les rencontres visant à poursuivre la réflexion sur le contenu abordé en séance. Finalement, les participants étaient invités à remplir une nouvelle fois les questionnaires deux semaines après la fin du traitement.

Traitement

Le protocole de traitement développé visait à aider les individus à reconnaître les comportements perfectionnistes mais surtout à identifier les motivations qui sont sous-jacentes à ceux-ci. Le but du traitement n'est donc pas de remettre en question les comportements eux-mêmes, mais plutôt de mieux comprendre et de mettre graduellement en évidence les effets potentiellement néfastes des comportements motivés de manière moins autodéterminée. Les participants sont amenés à réfléchir aux raisons les poussant à adopter de hauts standards de performance dans l'optique de s'orienter vers des motivations plus autodéterminées. La toile de fond de l'intervention est résolument axée sur les motivations, mais le protocole utilise un cadre thérapeutique et des techniques

issues de la thérapie cognitive-comportementale telles l'exposition, la restructuration cognitive, le travail sur les valeurs et les émotions, etc. Les outils visent toujours à aider la personne à (1) conscientiser les émotions négatives associées aux motivations non autodéterminées et, à l'inverse, les émotions plus positives associées aux motivations autodéterminées; et (2) viser des motivations plus adaptées et émettre des comportements cohérents.

Le protocole tel que présenté aux participants incluait sept modules portant sur le perfectionnisme et les motivations et abordant les aspects et les objectifs décrits dans le Tableau 1. La progression à travers les différents modules était adaptée en fonction des besoins uniques des participants et selon le jugement clinique du thérapeute. Ainsi, pour la participante ayant complété le protocole de traitement, deux séances ont été nécessaires pour couvrir chaque module, sauf pour ce qui est du module 6 pour lequel trois séances ont été menées. L'objectif général du traitement était d'amener le client à aborder ses comportements perfectionnistes sous toutes leurs facettes, autant positives que négatives. À travers les modules, les différents types de motivation étaient présentés et le client était amené à réfléchir et à conscientiser les effets néfastes des comportements sous-tendus par des motivations moins autodéterminées. L'objectif étant de favoriser l'apparition ou le renforcement de motivations plus autodéterminées à vouloir se dépasser et d'avoir une réflexion critique sur le maintien des comportements moins autodéterminés et de leurs conséquences souvent négatives. Des exercices concrets, issus de la thérapie

cognitive-comportementale, tels que l'exposition et la restructuration cognitive étaient proposés au client pour l'aider à cheminer.

Tableau 1

Descriptions du protocole de traitement

Module	Buts	Exercices proposés
1- La TCC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter et comprendre le rationnel derrière la thérapie ▪ Discuter des principes et modalités de la TCC 	
2- Le perfectionnisme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir le perfectionnisme et questionner son utilité ▪ Reconnaître les différences entre le perfectionnisme sain et malsain ▪ Réfléchir à deux grandes motivations derrière le perfectionnisme <ul style="list-style-type: none"> ○ ce qu'il permet d'aller chercher de positif ○ ou l'évitement des conséquences négatives ▪ Apprendre à reconnaître ces manifestations du perfectionnisme dans votre quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste des avantages/désavantages au perfectionnisme ▪ Tableau d'enregistrement des comportements perfectionnistes
3- Les motivations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir et reconnaître les différents types de motivations qui se cachent derrière le perfectionnisme ▪ Amorcer une réflexion sur ce qui peut nous motiver à être perfectionniste ▪ Réfléchir aux conséquences positives et négatives des différentes motivations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste des motivations au perfectionnisme ▪ Tableau d'enregistrement des comportements perfectionnistes
4- La motivation externe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir et reconnaître les différents types de motivation externe ▪ Aborder les conséquences positives et négatives de la motivation externe ▪ Identifier comment la motivation externe se manifeste dans le perfectionnisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grille d'autocritique des croyances perfectionnistes ▪ Tableau d'enregistrement des comportements perfectionnistes

Tableau 1 (suite)

Descriptions du protocole de traitement

Module	Buts	Exercices proposés
5- La motivation introjectée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir la motivation introjectée ▪ Aborder les émotions négatives qui peuvent être vécues en lien avec la motivation introjectée ▪ Identifier comment la motivation introjectée se manifeste dans le perfectionnisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître et remettre en question mon sentiment de honte ▪ Avocat du diable à propos des messages introjectés ▪ Tableau d'enregistrement des comportements perfectionnistes
6- La motivation identifiée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir la motivation identifiée ▪ Aborder l'importance des valeurs ▪ Identifier comment la motivation identifiée se manifeste dans le perfectionnisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mon système de valeurs ▪ Exercice réflexif sur la motivation ▪ Tableau d'enregistrement des comportements perfectionnistes
7- La motivation intrinsèque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir la motivation intrinsèque ▪ Être en mesure de reconnaître vos comportements motivés intrinsèquement ▪ Dresser un bilan du travail effectué et de ce qu'il vous reste à travailler 	

Résultats

L'efficacité du protocole de traitement a été mesurée à partir des auto-enregistrements quotidiens et des différences entre les scores pré- et post- test aux différentes mesures auto-administrées. Il est à noter que les données aux différents questionnaires du participant 1 n'ont pu être obtenues au post-test puisque le protocole de traitement n'a pu

lui être administré en entier. Les données obtenues au pré-test par ce participant sont présentées à titre indicatif.

Questionnaires auto-administrés

Les impacts du traitement pour la participante 2 ont d'abord été mesurés en comparant les données recueillies aux deux temps de mesure sur les différents questionnaires auto-administrés. La méthode proposée par Jacobson et Truax (1991) a été utilisée afin de déterminer si les changements observés étaient cliniquement significatifs. Pour ce faire, un index de changement valide (ICV) a été calculé pour chaque questionnaire pour lequel les données nécessaires étaient disponibles (indice de fidélité et score clinique). Selon ces auteurs, un ICV supérieur à 1,96 indiquerait que les différences observées ne sont pas dues à l'erreur de mesure. De plus, pour les questionnaires dont les données nécessaires étaient disponibles, un score limite est rapporté. Cette donnée permet d'évaluer si les manifestations décrites dans les différents questionnaires se situent à un niveau clinique ou non.

En comparant les scores de la participante 2 aux différents ICV (voir Tableau 2), on constate une amélioration significative au niveau de l'échelle *Conséquences* du QP-R, des symptômes dépressifs, de l'anxiété, de la santé psychologique ainsi que des relations sociales. De plus, les données indiquent que la participante ne présente plus de symptômes dépressifs et anxieux à un niveau clinique à l'issue du traitement.

Tableau 2
Résultats de la participante 2 aux différents questionnaires

Mesure	Score limite	ICV	Participant 1 Prétest	Participante 2 Prétest	Participante 2 Post-test
QP-R					
Tendance	n.d.	8	32	22	23
Conséquence	33,45	14,24	60	56	36 ^b
MSP					
Intrinsèque	n.d.	n.d.	26	19	21
Identifiée	n.d.	n.d.	21	14	19
Introjectée	n.d.	n.d.	16	19	21
Externe sociale	n.d.	n.d.	39	38	37
Externe matérielle (approche)	n.d.	n.d.	10	10	17
Externe matérielle (évitement)	n.d.	n.d.	4	19	18
Amotivation	n.d.	n.d.	11	16	14
BDI-II	14,29	8,46	24 ^a	34 ^a	1 ^b
IASTA-Y (trait)	45	8	53 ^a	64 ^a	35 ^b
WhoQol-Bref (4-20)					
Santé physique	n.d.	4,69	12	17	19
Santé psychologique	n.d.	4,12	10	11	16 ^b
Relations sociales	n.d.	4,35	11	11	17 ^b
Environnement	n.d.	2,60	15	16	18

Notes. ^a Score se situant à un niveau clinique; ^b ICV > 1,96

Par ailleurs, bien qu'un ICV n'ait pas pu être calculé pour le MSP et qu'il est donc impossible de savoir si les changements se situent à un niveau clinique ou non, des modifications au plan des motivations sous-tendant les comportements perfectionnistes de la participante semblent avoir eu lieu. En effet, la tendance générale indique une

diminution, bien que légère, des motivations moins autodéterminées et une augmentation des motivations plus autodéterminées. Les changements les plus importants rapportés étant une augmentation des motivations identifiée et externe matérielle d'approche.

Auto-enregistrements quotidiens

Les Figures 3 et 4 présentent les données issues des auto-enregistrements quotidiens des deux participants. Le grand nombre de données manquantes pour le participant 1 et le fait qu'il n'ait pas complété l'entièreté du protocole de traitement ne permet pas de quantifier le pourcentage de changement chez lui. Toutefois, l'analyse visuelle des données, c'est-à-dire la variation des courbes graphiques des différents éléments mesurés au cours du traitement, suggère une tendance à l'augmentation du temps passé à accomplir des comportements perfectionnistes. Pour la participante 2, l'analyse visuelle des courbes montre, malgré beaucoup de variation, une tendance vers l'augmentation de la motivation intrinsèque et une diminution de la motivation externe. Une diminution d'au moins 50 % du temps passé à accomplir des comportements perfectionnistes est également observée entre la première et la dernière semaine de traitement.

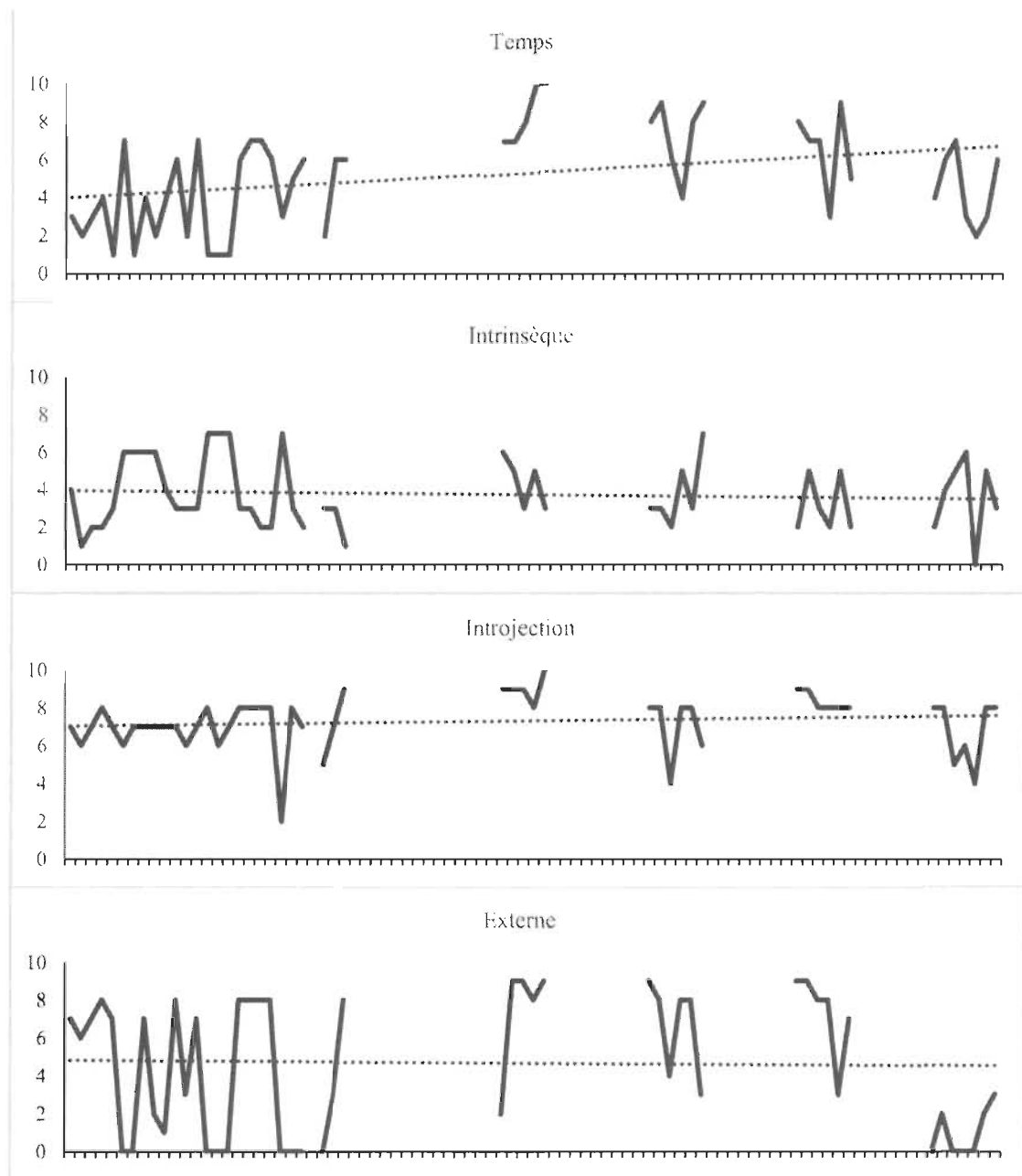


Figure 3. Auto-enregistrements quotidiens du participant 1.

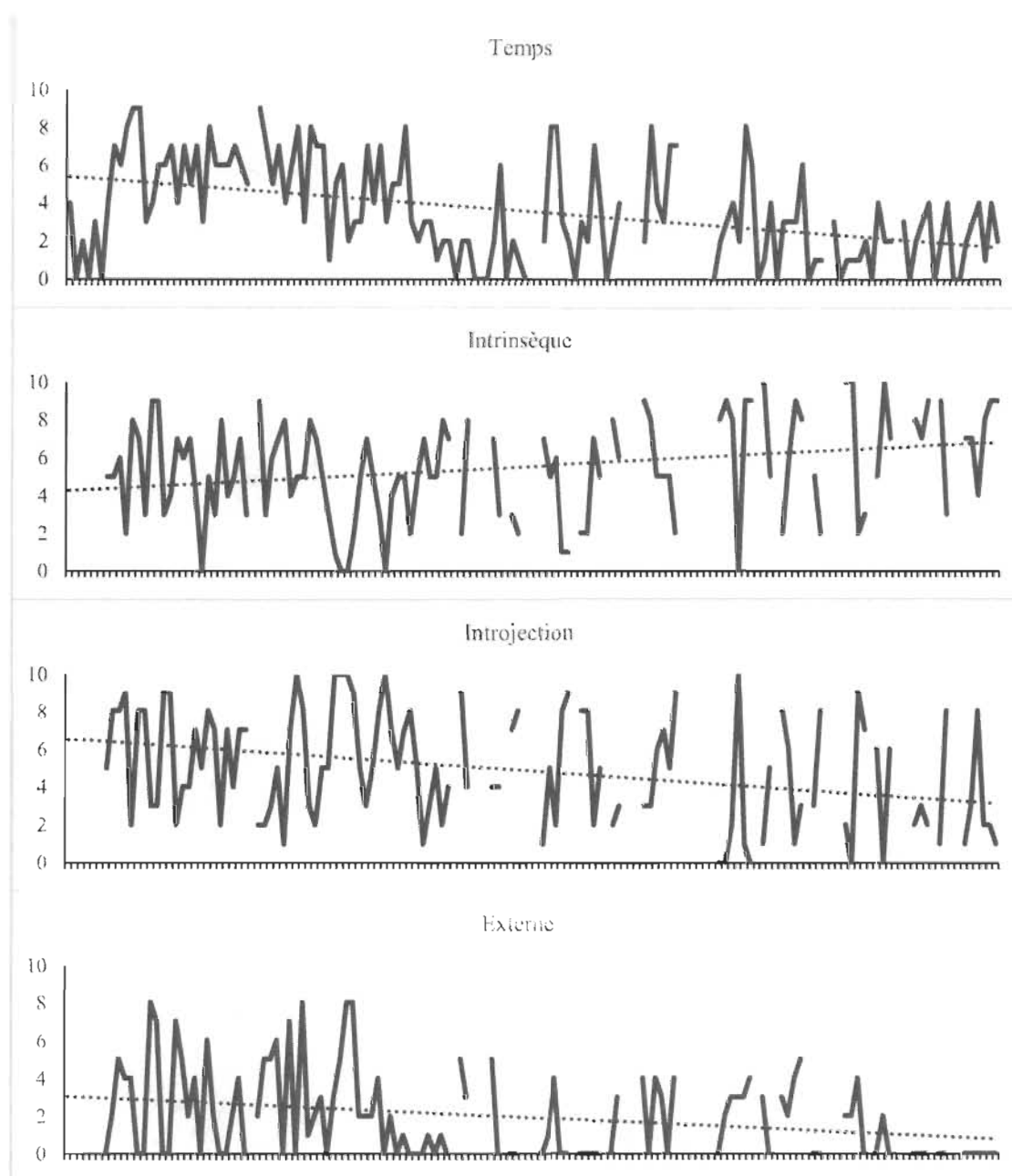


Figure 4. Auto-enregistrements quotidiens de la participante 2.

Indice de fonctionnement supérieur

Afin d'évaluer la signification clinique des changements observés chez la participante 2, un indice de fonctionnement composé de six critères a été retenu. Le premier critère est une diminution de 50 % du temps passé à s'inquiéter de ses comportements perfectionnistes. Le deuxième critère est une augmentation de 50 % des motivations autodéterminées au perfectionnisme. Le troisième critère est une diminution correspondant à l'ICV (14,24) à l'échelle des préoccupations perfectionnistes du QP-R. Le quatrième critère est une augmentation d'un écart-type (2,8) par rapport à la population nord-américaine de la perception de la santé psychologique telle que mesurée par le WHOQOL-Bref. Le cinquième critère est une diminution correspondant à l'ICV (8,46) des symptômes de dépression tels que mesurés par le BDI-II. Finalement, le sixième critère est l'obtention d'un score non-clinique au posttest au BDI-II ou à l'IATA-Y. Le nombre de critères remplis par le participant à la suite du traitement détermine l'indice de fonctionnement atteint : faible (0-2), moyen (3-4) ou élevé (5-6). Les résultats obtenus par la participante 2 montrent l'atteinte de cinq des six critères. Elle présente donc un indice de fonctionnement élevé à l'issue du traitement.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner, de manière préliminaire, l'impact d'un protocole de traitement de type cognitif-comportemental ciblant le perfectionnisme par le biais des motivations sous-jacentes. Pour ce faire, le traitement a été appliqué auprès de deux participants. Malheureusement, une seule participante a pu compléter la thérapie.

Les résultats pour cette participante montrent une diminution d'au moins 50 % du temps passé à accomplir des comportements perfectionnistes suite au traitement. Les données suggèrent également une amélioration cliniquement significative de la santé psychologique et des relations sociales ainsi qu'une diminution cliniquement significative des symptômes dépressifs et anxieux jusqu'à atteindre un niveau sous-clinique. De plus, la participante rapportait vivre moins de conséquences négatives en lien avec son perfectionnisme à l'issue du traitement.

Au plan des motivations, l'analyse visuelle des données provenant des carnets d'auto-enregistrements de la participante présentant la meilleure compliance au traitement suggère une légère augmentation des motivations plus autodéterminées (c'est-à-dire : intrinsèque et identifiée) et une diminution des motivations introjectée et externe. Une tendance similaire est observée au MSP quant à l'augmentation des motivations plus autodéterminées (c'est-à-dire : intrinsèque et identifiée). Or, contrairement aux données issues des carnets d'auto-enregistrements, les réponses de la participante au MSP montrent plutôt une légère augmentation des motivations introjectée (évitement de la honte et de la culpabilité) et une augmentation plus importante de la motivation externe matérielle d'approche (le faire pour avoir des récompenses, des bonus).

Cette disparité au sein des résultats obtenus aux auto-enregistrements et au MSP peut s'expliquer par différents facteurs. Premièrement, il est difficile de savoir si les différences obtenues entre le pré- et le post- test sont statistiquement significatives car nous n'avons

pas pu calculer d'ICV pour cette mesure. Il en est d'ailleurs de même pour les variations observées dans les courbes graphiques. Il se peut donc que les disparités entre les deux indices indiquent une variation normale due à de l'erreur de mesure plutôt qu'un réel écart. De plus, le MSP contient des questions permettant de mieux préciser les changements survenus concernant la motivation externe en divisant celle-ci selon les comportements d'approche et d'évitement. Il est donc possible que, par manque de précision des questions issue des auto-enregistrements, les changements au plan de la motivation externe n'aient pu être pleinement objectivés à partir de cet outil. Finalement, dans le questionnaire sur les motivations au perfectionnisme, la participante devait choisir le domaine dans lequel elle se considère la plus perfectionniste afin de répondre aux items, tandis que le carnet d'auto-enregistrements demandait de tenir compte de l'ensemble des comportements perfectionnistes perpétrés. Il est donc possible que les motivations à la base de la recherche de hauts standards diffèrent selon les domaines de vie de la personne. Le moment de la prise de mesure peut également expliquer les disparités observées. En effet, il est possible qu'un événement récent ait influencé les réponses données au MSP en favorisant un type de motivation plutôt qu'un autre.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de constater que le traitement semble avoir augmenté les motivations plus autodéterminées et ce, autant selon les auto-enregistrements quotidiens que selon le questionnaire de motivation. Bien que la tendance soit moins claire, l'augmentation des motivations externes d'approche constitue également un changement positif pour cette participante. En effet, la littérature suggère

que le besoin d'accomplissement et la recherche de renforcement positif retrouvés dans les motivations d'approche apporteraient des conséquences plus positives pour la personne en opposition à la peur de l'échec inhérente aux motivations d'évitement en favorisant le désir de dépassement de soi et non la comparaison avec les autres (Atkinson, 1957; Covington & Mueller, 2001; Elliot, 2006). Ainsi, il est intéressant de constater la diminution significative du score total de l'échelle *Conséquences* du QP-R associée aux préoccupations perfectionnistes et la présence d'effets positifs sur la diminution des symptômes anxiodépressifs et la qualité de vie de la participante. La diminution du trait d'anxiété tel que mesuré par l'IASTA-Y laisse même croire en un changement plus fondamental et ne se limitant pas seulement à une diminution de symptômes anxieux situationnels chez la participante. Tel que suggéré par la littérature, il semble donc y avoir un lien entre l'augmentation des motivations intrinsèque, identifiée et externe matérielle d'approche chez la participante et la diminution du facteur des préoccupations perfectionnistes (Covington & Mueller, 2001; Elliot, 2006; Stoeber et al., 2018). Bien que la motivation externe matérielle d'approche soit considérée comme peu autodéterminée, des données suggèrent qu'elle ne serait pas corrélée aux préoccupations perfectionnistes, au contraire des autres motivations externes (Cossette, 2016). Il semble donc que ce type de motivation, quoiqu'extrinsèque, n'apporte pas nécessairement de conséquences négatives pour la personne. Jumelée à une augmentation des motivations plus autodéterminées, la motivation externe matérielle d'approche pourrait donc contribuer à un meilleur fonctionnement de l'individu. En ce qui concerne la motivation identifiée, bien qu'elle ne soit pas entièrement autodéterminée, elle est généralement associée

positivement aux manifestations plus saines du perfectionnisme et négativement aux manifestation plus négatives (Stoeber et al., 2018). La motivation identifiée pourrait favoriser la diminution des manifestations malsaines du perfectionnisme puisqu'elle oriente les actions vers un but personnel. La personne est donc moins préoccupée par la possibilité de décevoir l'autre et peut atteindre une meilleure flexibilité psychologique lorsque son système de valeur est équilibré.

Il est possible que, parce qu'elles sont positivement associées autant aux aspects positifs que négatifs du perfectionnisme, une diminution plus importante des motivations moins autodéterminées à l'issue du traitement n'aurait pas favoriser davantage le rétablissement de la participante (Stoeber et al., 2018). Bien que les résultats obtenus ne nous permettent pas de dresser des liens de médiation ou de cause à effet, les données de recherche disponibles dans la littérature nous permettent de supposer que l'intervention sur la motivation et, particulièrement, l'augmentation de l'autodétermination a pu jouer un rôle indirect sur la diminution des conséquences négatives du perfectionnisme vécues par la participante (Appleton & Hill, 2012; Chang et al., 2016; Gaudreau et al., 2016; Longbottom et al., 2012; Stoeber et al., 2013).

Concernant le participant 1, le peu de données recueillies ne nous permet pas de tirer de conclusion claire sur son cheminement. Or, son portrait clinique plus complexe a mis en évidence certains défis dans l'application du protocole de traitement. Entre autres, il semblait présenter des enjeux plus sérieux au plan de la personnalité (traits narcissiques)

et de la honte qui complexifiaient le travail thérapeutique. Il était difficile pour lui d'avoir accès aux motivations réelles sous-tendant ses différents comportements. Selon les observations cliniques de la thérapeute, le participant présentait également une résistance au changement importante. Il était difficile d'ébranler ses convictions au plan de l'utilité de ses comportements perfectionnistes et il présentait peu d'ouverture aux exercices et aux remises en question proposés afin d'effectuer des changements concrets sur ses comportements. Pour ce participant, l'évitement de la honte et la protection de son estime personnelle semblaient prévaloir sur les conséquences négatives, pourtant nombreuses, associées à son perfectionnisme. Comme relevé lors d'études précédentes, ce portrait de sévérité plus important semble avoir joué un rôle sur la compliance au traitement de ce participant et, par conséquent, sur l'efficacité du traitement proposé (Glover, Brown, Fairburn, & Shafran, 2007; Pleva & Wade, 2007). Certaines adaptations devraient donc être mises en place afin de favoriser les changements thérapeutiques chez ce genre de participant. Entre autres, il est possible de croire que le protocole de traitement nécessite d'être appliqué sur une plus longue période et que les enjeux de honte associés à la régulation introjectée doivent être traités plus en profondeur avec les personnes présentant un profil clinique similaire.

Cette étude comporte également certaines limitations qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, étant donné la visée exploratoire du présent projet, un protocole à cas unique a été utilisé. Les résultats issus de ce type de protocole ne peuvent pas être généralisés. Cette recherche devra donc être répliquée

auprès d'un plus grand échantillon afin de pouvoir attester de l'efficacité du protocole de traitement développé. De plus, bien que des relances aient été tentées auprès de la participante ayant complété le traitement, il nous a été impossible d'obtenir des données de suivi à plus long terme. Il sera donc intéressant, dans les études subséquentes, d'obtenir ces informations afin de voir si les bénéfices observés suite au traitement se maintiennent après quelques mois. Finalement, l'ensemble des mesures utilisées étaient des questionnaires auto-administrés. Ce type d'outil est potentiellement influencé par la subjectivité de la personne. Tout particulièrement pour une clientèle perfectionniste, il est possible de croire que la désirabilité sociale puisse biaiser les résultats obtenus. Le développement de mesures ciblant des comportements objectivables et mesurables ou de mesures remplies par des proches pourrait donc être pertinent dans le futur.

Les résultats obtenus ouvrent la porte à de multiples réflexions portant sur l'impact des processus motivationnels sur les conséquences du perfectionnisme. Dans notre cas, il semble que l'augmentation de l'autodétermination ait été bénéfique, même en l'absence de changement important au plan des motivations moins autodéterminées. Est-ce que la diminution de ces dernières doit absolument constituer une cible d'intervention ou bien si les impacts positifs passent majoritairement par l'augmentation de l'autodétermination? Comme les différents types de motivation sont susceptibles de coexister à l'intérieur d'un même comportement, est-ce que l'autodétermination vient jouer un rôle de protection en l'absence de récompenses externes? Il serait également pertinent, dans les prochaines études, de mettre un accent plus important sur les notions d'approche et d'évitement dans

les processus motivationnels afin de mieux comprendre leurs impacts aux niveaux fonctionnel et clinique. Finalement, il serait intéressant d'examiner l'impact de l'intervention en lien avec les besoins d'affiliation, de compétence et d'autonomie relevés par Ryan et Deci (2000) comme étant à la base de l'internalisation des motivations.

Pour conclure, cette étude visait à examiner l'efficacité d'un protocole de traitement de type cognitif-comportemental ciblant le perfectionnisme par le biais des motivations sous-jacentes. Bien que préliminaires, les résultats obtenus au cours de cette étude suggèrent que de cibler les motivations à la base des comportements perfectionnistes constitue une avenue intéressante dans la diminution des conséquences négatives reliées au perfectionnisme.

Références

- Appleton, P. R., & Hill, A. P. (2012). Perfectionism and athlete burnout in junior elite athletes: The mediating role of motivation regulations. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 6(2), 129-145. doi: 10.1123/jcsp.6.2.129
- Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64(6, Pt.1), 359-372. doi: 10.1037/h0043445
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 193-201. doi: 10.1023/B:JOBA.0000022112.27186.98
- Blankstein, K. (2000). Perfectionism, intrinsic vs extrinsic motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1191-1204. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00003-9
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. [Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218. doi: 10.1037/h0081254
- Chang, E., Lee, A., Byeon, E., & Lee, S. (2015). Role of motivation in the relation between perfectionism and academic burnout in Korean students. *Personality and Individual Differences*, 82, 221-226. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.027
- Chang, E., Lee, A., Byeon, E., Seong, H., & Lee, S. M. (2016). The mediating effect of motivational types in the relationship between perfectionism and academic burnout. *Personality and Individual Differences*, 89, 202-210. doi: 10.1016/j.paid.2015.10.010
- Cossette, A. (2016). *Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.

- Covington, M. V., & Müeller, K. J. (2001). Intrinsic versus extrinsic motivation: An approach/avoidance reformulation. *Educational Psychology Review*, 13(2), 157-176. doi: 10.1023/A:1009009219144
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. doi: 10.1037/bul0000138
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Elliot, A. J. (2006). The hierarchical model of approach-avoidance motivation. *Motivation and Emotion*, 30(2), 111-116. doi: 10.1007/s11031-006-9028-7
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 33-62). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10458-002
- Flett, G., Hewitt, P., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., ... Gale, O. (2016). The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, psychometric properties, and associations with stress, distress, and psychiatric symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 634-652. doi: 10.1177/0734282916651381
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126. doi: 10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. doi: 10.1007/BF01172967
- Gaudet, V., Daigneault, O., & Langlois, F. (2014). *Réplication d'une étude mettant en lien le Questionnaire du Perfectionnisme (QP-R) et les types de motivation du modèle de l'autodétermination de Vallerand*. [Affiche]. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/305400684_Replication_d'une_etude_mettant_en_lien_le_Questionnaire_du_Perfectionnisme_QP-R_et_les_types_de_motivation_du_modele_de_l'autodetermination_de_Vallerand doi: 10.13140/RG.2.1.4493.2087

- Gaudreau, P., Franche, V., & Gareau, A. (2016). A latent mediated moderation of perfectionism, motivation, and academic satisfaction: Advancing the 2×2 model of perfectionism through substantive-methodological synergy. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 688-701. doi: 10.1177/0734282916651778
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2X2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532-537. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.031
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). A French-Canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 25, 559-578. doi: 10.1037/h0078881
- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *The British Journal of Clinical Psychology*, 46(Pt 1), 85-94. doi: 10.1348/014466506x117388
- Grisham, J. R., Brown, T. A., & Campbell, L. A. (2004). The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Dans M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Éds), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment* (pp. 163-177). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Gucciardi, F., Mahoney, J., Jalleh, G., Donovan, R., & Parkes, J. (2012). Perfectionistic profiles among elite athletes and differences in their motivational orientations. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 34, 159-183. doi: 10.1123/jsep.34.2.159
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts- conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 98-101. doi: 10.1037//0021-843x.100.1.98
- Hill, A. (2014). Perfectionistic strivings and the perils of partialling. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12(4), 302-315. doi: 10.1080/1612197X.2014.919602

- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 384-394.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Langlois, F., Aubé, W., Roy, P., & Vanasse Larochelle, J. P. (2010). *Confirmatory analysis of the Perfectionism Questionnaire (short form)*. Papier présenté au Annual convention of the European Association for the Advancement of Behavioral Cognitive Therapy (EABCT), Milan, Italie.
- Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M.-L., Ladouceur, R., & Vanasse Larochelle, J. P. (2009). *Evaluation of perfectionism*. Papier présenté à la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi, QC.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. doi: 10.1002/jclp.22435
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 705-731. doi: 10.1017/S1352465814000162
- Longbottom, J.-L., Grove, J. R., & Dimmock, J. A. (2012). Trait perfectionism, self-determination, and self-presentation processes in relation to exercise behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(2), 224-235. doi: 10.1016/j.psychsport.2011.11.003
- Missildine, W. H. (1963). *Your inner child of the past*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Pleva, J., & Wade, T. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 849-861. doi: 10.1016/j.brat.2006.08.009
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6

- Skevington, S, Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13, 299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, P. R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stoeber, J., Damian, L., & Madigan, D. (2018). Perfectionism: A motivational perspective. Dans J. Stoeber (Éd.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 19-43). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group. Abstract.
- Stoeber, J., Davis, C R., & Townley, J. (2013). Perfectionism and workaholism in employees: The role of work motivation. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 733-738. doi: 10.1016/j.paid.2013.06.001
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004_2

Conclusion générale

Toute la question du perfectionnisme sain ou malsain est un sujet qui attire, depuis longtemps, l'intérêt de la communauté scientifique et attise encore des débats. Les études antérieures ont permis d'affiner notre compréhension du phénomène mais mettent aussi en évidence la complexité de celui-ci (Frost et al., 1990; Gaudreau & Thompson, 2010; Hewitt & Flett, 1991a). Il est maintenant admis que le perfectionnisme peut se présenter de manières bien différentes selon les individus et, conséquemment, avoir des impacts tantôt positifs, tantôt négatifs. La motivation semble être un facteur d'importance à considérer puisqu'elle pourrait venir influencer la relation entre le perfectionnisme et ses conséquences pour la personne (Appleton & Hill, 2012; Chang et al., 2016; Gaudreau et al., 2016; Longbottom et al., 2012; Stoeber et al., 2013). Toutefois, ce facteur n'est pas, à notre connaissance, pris en compte, à l'heure actuelle, dans les traitements psychologiques ciblant le perfectionnisme. Le présent projet avait donc pour objectif d'évaluer, de manière préliminaire, les impacts d'un traitement de type cognitif-comportemental visant les motivations à la base du perfectionnisme par le biais d'un protocole à cas unique.

Les résultats obtenus suggèrent qu'un tel protocole de traitement puisse en effet avoir une influence sur les motivations sous-jacentes au perfectionnisme en favorisant les motivations plus autodéterminées. Les données recueillies montrent également une amélioration cliniquement significative de la santé psychologique, des relations sociales ainsi qu'une diminution des symptômes d'anxiété et de dépression chez la participante qui

a pu recevoir l'ensemble du traitement. On constate également une diminution significative des conséquences négatives du perfectionnisme tels que rapportés par la participante.

Cette étude, bien que préliminaire, est la première à s'intéresser à l'impact des motivations dans le traitement du perfectionnisme. Elle permet de montrer la pertinence clinique de continuer à investir dans cette voie de recherche. Elle offre également une vision novatrice du traitement du perfectionnisme en ne visant pas directement la diminution de tels comportements, mais plutôt le renforcement de ceux apportant des conséquences plus positives pour la personne. La visée première étant de favoriser un sain dépassement de soi, ce qui a effectivement été observé chez la participante à l'étude qui a reçu le protocole complet.

Les résultats obtenus laissent cependant également place à différents questionnements. Notamment, pourquoi le traitement a-t-il eu peu d'impact sur la diminution des motivations moins autodéterminées et est-ce que cela aurait apporté des changements différents au plan clinique? Il est évidemment difficile de répondre à cette question sans avoir d'abord répliqué les résultats obtenus sur un plus grand échantillon. Toutefois, certaines évidences suggèrent de plus en plus que les motivations plus ou moins autodéterminées ne seraient pas mutuellement exclusives, mais seraient plutôt en interactions constantes dans la plupart des comportements humains (Covington & Mueller, 2001). De plus, il peut être difficile d'avoir un impact sur les motivations moins

autodéterminées puisque la personne a souvent peu de contrôle sur les récompenses qu'elle va obtenir. Par exemple, même si un sportif de haut niveau ne pratique son sport que par amour de celui-ci, l'excellence risque tout de même de l'amener à obtenir des bourses, des médailles ou la reconnaissance de ses pairs. Ces renforcements externes, bien que non nécessaires, peuvent quand même procurer un sentiment positif à l'athlète et renforcer son désir de performer. Toutefois, s'il venait qu'à ne plus gagner de médaille, la présence d'un plus haut niveau d'autodétermination favoriserait probablement la poursuite de son sport. Au contraire, un athlète qui, au départ, pratique un sport pour obtenir la reconnaissance de ses proches risque de cesser sa pratique si sa performance diminue et qu'il est ainsi moins valorisé. L'autodétermination serait-il donc le facteur ayant le plus d'impact sur la poursuite et l'appréciation d'un comportement, et ce, nonobstant la présence d'autres types de motivation?

Les résultats de notre étude montrant une augmentation de la motivation externe matérielle d'approche nous mènent également à nous questionner sur les notions d'approche et d'évitement dans les motivations et sur leurs impacts cliniques. La théorie du besoin d'accomplissement (c'est-à-dire : *Need for Achievement Theory*) (Atkinson, 1957) fournit un éclairage pertinent concernant la compréhension des mécanismes à la base des impacts positifs et négatifs des processus motivationnels. Selon cette théorie, deux objectifs guideraient le comportement humain : la recherche d'accomplissement (motivation d'approche) et la peur de l'échec (motivation d'évitement), et ce, à travers les différents types de régulation. La motivation d'approche serait plus susceptible d'apporter

des conséquences positives à la personne, tel un sentiment de fierté. Celle-ci pousserait la personne à vouloir se surpasser elle-même. Au contraire, la motivation d'évitement viserait à ne pas vivre de conséquence négative et favoriserait le sentiment de honte ou de soulagement. Celle-ci pousserait la personne à vouloir surpasser les autres (Covington & Mueller, 2001; Elliot, 2006). Donc, il est possible de croire que des conséquences positives peuvent découler de comportements non-autodéterminés si ceux-ci sont axés sur la recherche de renforcement positif plutôt que sur l'évitement de l'échec. Cette constatation est plus que pertinente dans la compréhension de l'impact de la modification des motivations sous-jacentes au perfectionnisme et dans le choix des cibles d'intervention.

D'aucuns pourraient également se questionner à savoir si, suite aux changements observés à l'issue du traitement, la participante recherche toujours la perfection. En analysant ses réponses au QP-R, on constate que le traitement ne semble pas avoir eu d'impact sur la composante de la recherche de hauts standards, mais seulement sur l'échelle mesurant les préoccupations perfectionnistes. Toutefois, on remarque également que le temps consacré aux comportements perfectionnistes a diminué de plus de moitié entre le pré- et le post-test. Deux hypothèses émergent de ces données. La première est que la participante peut avoir laissé tomber certains comportements ou domaines dans lesquels elle vivait des conséquences plus négatives associées au perfectionnisme. Il est donc possible que le perfectionnisme résiduel se manifeste dans les domaines ou les activités motivés de manière plus autodéterminée diminuant ainsi les impacts négatifs de

sa tendance perfectionniste. Dans ce cas, il est probable que la participante puisse toujours être caractérisée comme une personne perfectionniste, mais dans des domaines plus restreints. La deuxième hypothèse pouvant être avancée est que la participante, tout en ayant les mêmes standards de performance, ait diminué le temps passé à accomplir des comportements excessifs associés au perfectionnisme tels que la vérification, la réassurance, la procrastination ou la difficulté à cesser une activité. Ceci ferait état d'une plus grande flexibilité dans l'atteinte des buts visés. La participante serait donc capable de s'arrêter lorsque le plaisir n'y est plus et non lorsque la tâche est accomplie parfaitement. Elle aurait acquis une plus grande flexibilité psychologique. Dans le cas de cette hypothèse, le perfectionnisme pourrait alors avoir laissé la place à l'excellentissime (Gaudreau, 2018). Il s'avère impossible avec les données actuelles de se positionner quant à ces deux figures de cas. Les études subséquentes devront donc s'assurer de développer des protocoles permettant de clarifier ce questionnement afin de mieux comprendre les mécanismes de changement à la base du traitement.

Pour finir, les protocoles de recherche à cas unique comportant plusieurs limites telles la difficulté à établir un lien causal entre l'intervention et les changements mesurés et à généraliser les conclusions, nous souhaitons que ces résultats soient répliqués à l'aide de protocoles de recherche favorisant une meilleure validité externe. Les futures recherches devront également s'attarder au défi que représentent les portraits cliniques plus complexes dans le traitement du perfectionnisme en élaborant des protocoles plus poussés basés sur les enjeux de honte et sur l'introjection. Une meilleure compréhension des

mécanismes thérapeutiques à la base des changements constatés et des interactions entre les différents facteurs serait souhaitable. La diffusion et l'élargissement de nos connaissances sur les impacts de tels protocoles seraient grandement bénéfiques d'un point de vue clinique, vu le caractère transdiagnostique du perfectionnisme et son impact sur la réussite des traitements psychologiques.

Références générales

- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143-1154. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00083-7
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). *When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Appleton, P. R., & Hill, A. P. (2012). Perfectionism and athlete burnout in junior elite athletes: The mediating role of motivation regulations. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 6(2), 129-145. doi: 10.1123/jcsp.6.2.129
- Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 22(2), 194-207. doi: 10.1080/10503307.2011.637242
- Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64(6, Pt.1), 359-372. doi: 10.1037/h0043445
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405. doi: 10.1016/j.cpr.2006.12.005
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Békés, V., Dunkley, D. M., Taylor, G., Zuroff, D. C., Lewkowski, M., Foley, J. E., ... Westreich, R. (2015). Chronic stress and attenuated improvement in depression over 1 year: The moderating role of perfectionism. *Behavior Therapy*, 46(4), 478-492. doi: 10.1016/j.beth.2015.02.003

- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 193-201. doi: 10.1023/B:JOBA.0000022112.27186.98
- Blankstein, K. (2000). Perfectionism, intrinsic vs extrinsic motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1191-1204. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00003-9
- Blatt, S., Quinlan, D., Pilkonis, P., & Shea, T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132. doi: 10.1037//0022-006X.63.1.125
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. [Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218. doi: 10.1037/h0081254
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1347-1360. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.005
- Chang, E., Lee, A., Byeon, E., & Lee, S. (2015). Role of motivation in the relation between perfectionism and academic burnout in Korean students. *Personality and Individual Differences*, 82, 221-226. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.027
- Chang, E., Lee, A., Byeon, E., Seong, H., & Lee, S. M. (2016). The mediating effect of motivational types in the relationship between perfectionism and academic burnout. *Personality and Individual Differences*, 89, 202-210. doi: 10.1016/j.paid.2015.10.010
- Chik, H., Whittal, M., & O'Neill, M. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 676-688. doi: 10.1007/s10608-007-9133-2
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Dans R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Éds), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-94). New York, NY: The Guilford Press.

- Cossette, A. (2016). *Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Covington, M. V., & Müeller, K. J. (2001). Intrinsic versus extrinsic motivation: An approach/avoidance reformulation. *Educational Psychology Review*, 13(2), 157-176. doi: 10.1023/A:1009009219144
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. doi: 10.1037/bul0000138
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 106-115. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.06.003
- Egan, S., van Noort, E., Chee, A., Kane, R., Hoiles, K., Shafran, R., & Wade, T. (2014). A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 107-113. doi: 10.1016/j.brat.2014.09.009
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Elliot, A. J. (2006). The hierarchical model of approach-avoidance motivation. *Motivation and Emotion*, 30(2), 111-116. doi: 10.1007/s11031-006-9028-7
- Esposito, R., Stoeber, J., Damian, L., Alessandri, G., & Lombardo, C. (2019). Eating disorder symptoms and the 2 × 2 model of perfectionism: Mixed perfectionism is the most maladaptive combination. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 24, 749-755. doi: 10.1007/s40519-017-0438-1
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder - A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-432. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.425

- Flett, G., Hewitt, P., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., ... Gale, O. (2016). The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, psychometric properties, and associations with stress, distress, and psychiatric symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 634-652. doi: 10.1177/0734282916651381
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir (S. Jankélévitch, Trans.). Dans S. Freud (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 43-115). Pontalis, France : Payot.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126. doi: 10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. doi: 10.1007/BF01172967
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291-296. doi: 10.1016/s0005-7967(96)00108-8
- Gaudet, V., Daigneault, O., & Langlois, F. (2014). *Réplication d'une étude mettant en lien le Questionnaire du Perfectionnisme (QP-R) et les types de motivation du modèle de l'autodétermination de Vallerand*. [Affiche]. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/305400684_Replication_d'une_etude_mettant_en_lien_le_Questionnaire_du_Perfectionnisme_QP-R_et_les_types_de_motivation_du_modele_de_l'autodetermination_de_Vallerand doi: 10.13140/RG.2.1.4493.2087
- Gaudreau, P. (2018). On the distinction between personal standards perfectionism and excellencism: A theory elaboration and research agenda. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 197-215. doi: 10.1177/1745691618797940
- Gaudreau, P., Franche, V., & Gareau, A. (2016). A latent mediated moderation of perfectionism, motivation, and academic satisfaction: Advancing the 2 × 2 model of perfectionism through substantive-methodological synergy. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 688-701. doi: 10.1177/0734282916651778
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2X2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532-537. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.031
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). A French-Canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 25, 559-578. doi: 10.1037/h0078881

- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *The British Journal of Clinical Psychology*, 46(Pt 1), 85-94. doi: 10.1348/014466506x117388
- Goldner, E. M., Cockell, S. J., & Srikameswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. Dans G. L. Hewitt (Éd.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Grisham, J. R., Brown, T. A., & Campbell, L. A. (2004). The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Dans M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Éds), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment* (pp. 163-177). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Gucciardi, F., Mahoney, J., Jalleh, G., Donovan, R., & Parkes, J. (2012). Perfectionistic profiles among elite athletes and differences in their motivational orientations. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 34, 159-183. doi: 10.1123/jsep.34.2.159
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 98. doi: 10.1186/1471-244X-14-98
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 37-47. doi: 10.1016/j.brat.2015.02.006
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C., & Flett, G. L. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 663-674. doi: 10.1007/s10862-014-9427-0
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts-conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 98-101. doi: 10.1037//0021-843x.100.1.98
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes. Dans G. L. Hewitt (Éd.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder: Attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*(4), 317-326. doi: 10.1002/1098-108x(199512)18:4<317::aid-eat2260180404>3.0.co;2-2
- Hill, A. (2014). Perfectionistic strivings and the perils of partialling. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 12*(4), 302-315. doi: 10.1080/1612197X.2014.919602
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry, 39*, 384-394.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences, 41*(7), 1205-1216. doi: 10.1016/j.paid.2006.04.019
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences, 21*(3), 403-410. doi: 10.1016/0191-8869(96)00075-x
- Langlois, F., Aubé, W., Roy, P., & Vanasse Larochelle, J. P. (2010). *Confirmatory analysis of the Perfectionism Questionnaire (short form)*. Papier présenté au Annual convention of the European Association for the Advancement of Behavioral Cognitive Therapy (EABCT), Milan, Italie.
- Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M.-L., Ladouceur, R., & Vanasse Larochelle, J. P. (2009). *Evaluation of perfectionism*. Papier présenté à la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi, QC.
- Lee, J. C., Prado, H. S., Diniz, J. B., Borcato, S., da Silva, C. B., Hounie, A. G., ... do Rosario, M. C. (2009). Perfectionism and sensory phenomena: Phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 50*(5), 431-436. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.11.007
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1301-1326. doi: 10.1002/jclp.22435

- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 705-731. doi: 10.1017/S1352465814000162
- Longbottom, J.-L., Grove, J. R., & Dimmock, J. A. (2012). Trait perfectionism, self-determination, and self-presentation processes in relation to exercise behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(2), 224-235. doi: 10.1016/j.psychsport.2011.11.003
- Martinelli, M., Chasson, G. S., Wetterneck, C. T., Hart, J. M., & Bjoergvinsson, T. (2014). Perfectionism dimensions as predictors of symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(2), 140-159. doi: 10.1521/bumc.2014.78.2.140
- McArdle, S., & Duda, J. L. (2004). Exploring social-contextual correlates of perfectionism in adolescents: A multivariate perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 765-788. doi: 10.1007/s10608-004-0665-4
- Miquelon, P., Vallerand, R., Grouzet, F., & Cardinal, G. (2005). Perfectionism, academic motivation, and psychological adjustment: An integrative model. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 31, 913-924. doi: 10.1177/0146167204272298
- Missildine, W. H. (1963). *Your inner child of the past*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Pleva, J., & Wade, T. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 849-861. doi: 10.1016/j.brat.2006.08.009
- Quested, E., Cumming, J., & Duda, J. (2014). Profiles of perfectionism, motivation, and self-evaluations among dancers: An extended analysis of Cumming and Duda (2012). *International Journal of Sport Psychology*, 45, 349-368. doi: 10.7352/IJSP2014.45.349
- Radhu, N., Daskalakis, Z., Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Evaluating a web-based cognitive-behavioral therapy for maladaptive perfectionism in university students. *Journal of American College Health*, 60, 357-366. doi: 10.1080/07448481.2011.630703
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00022-3

- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221-2231. doi: 10.1016/j.brat.2006.12.003
- Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2015). How transdiagnostic factors of personality and psychopathology can inform clinical assessment and intervention. *Journal of Personality Assessment*, 97(5), 425-435. doi: 10.1080/00223891.2015.1055752
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
- Saboonchi, F., & Lundh, L. G. (1997). Perfectionism, self-consciousness and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 921-928. doi: 10.1016/s0191-8869(96)00274-7
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906. doi: 10.1016/s0272-7358(00)00072-6
- Skevington, S., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13, 299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Rnic, K., Saklofske, D. H., Enns, M., & Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 30(2), 201-212. doi: 10.1002/per.2053
- Southgate, L., Tchanturia, K., Collier, D., & Treasure, J. (2008). The development of the Childhood Retrospective Perfectionism Questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample. *European Eating Disorders Review*, 16(6), 451-462. doi: 10.1002/erv.870
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, P. R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Steele, A., Waite, S., Egan, S., Finnigan, J., Handley, A., & Wade, T. (2012). Psycho-education and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A case-series evaluation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41, 1-15. doi: 10.1017/S1352465812000628
- Steketee, G., & Frost, R. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 987-1006. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00085-1
- Stoeber, J., Damian, L., & Madigan, D. (2018). Perfectionism: A motivational perspective. Dans J. Stoeber (Éd.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 19-43). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group. Abstract.
- Stoeber, J., Davis, C R., & Townley, J. (2013). Perfectionism and workaholism in employees: The role of work motivation. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 733-738. doi: 10.1016/j.paid.2013.06.001
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004_2
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, B., Carter, J., Olmsted, M., & Kaplan, A. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. *The International Journal of Eating Disorders*, 33, 225-229. doi: 10.1002/eat.10127
- Tolin, D. F., Brady, R. E., & Hannan, S. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(1), 31-42. doi: 10.1007/s10862-007-9076-7
- Vallerand, R. J. (1993). La motivation intrinsèque et extrinsèque en contexte naturel : implications pour les secteurs de l'éducation, du travail, des relations interpersonnelles et des loisirs. Dans R. J. Thill (Éd.), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 533-582). Laval, QC : Études Vivantes.
- Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T., & Olatunji, B. O. (2011). Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 108-117. doi: 10.1007/s10608-011-9360-4
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 949-954. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.027